



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

Programa de Doctorado en Medicina y Cirugía

Tesis doctoral

Modelo Terapéutico “La Paz”: Modelo de Capacitación Familiar
Cognitivo/Emocional basado en Mindfulness para el Tratamiento de la
Conducta Alimentaria y Obesidad

Doctoranda: María Victoria Paz Domingo

Directora: Dra. Rosa Calvo Sagardoy

Tutor: Dr. Abelardo García de Lorenzo y Mateos

Madrid 2019

"El secreto de la salud para la mente y el cuerpo reside en no lamentarse por el pasado, no preocuparse por el futuro y no anticipar los problemas, sino vivir en el momento presente seria y sabiamente".

Buda.

A mi marido, padres y hermanos.

AGRADECIMIENTOS

A lo largo de estos últimos años, son muchas las personas que me han estado acompañando a nivel profesional, formativo y personal. Sin ellos, esta tesis doctoral no hubiera sido posible.

En primer lugar, agradezco a mi directora, la Dra. Rosa Calvo Sagardoy, por su dedicación y paciencia, por todo lo que he aprendido de ella y, en especial, por confiar en mí. A mi tutor, el Dr. Abelardo García de Lorenzo y Mateos, que siempre ha mostrado una gran disponibilidad de ayuda y cercanía, en cualquier momento y a cualquier hora.

Al Dr. José Casas Rivero, la Dra. M^a Angustias Salmerón Ruiz y la Dra. Fabiola Guerrero Alzola, Mayte e Isabel, el equipo de la Unidad de Medicina de la Adolescencia donde realicé la mayoría de los seguimientos a las pacientes. Gracias por vuestro conocimiento, por permitirme sobrecargar vuestras agendas, estar pendientes de las citas y darme ese espacio para poder realizar este proyecto.

Al Dr. Luis Gallego Morales, que ha estado presente desde los inicios de esta tesis facilitando siempre y ayudando cuando he necesitado.

A la Dra. Rosario Madero Jarabo, de la sección de Bioestadística, por aportar su gran experiencia en los análisis estadísticos de este estudio con ilusión y mucha implicación.

A la Dra. Almudena Mateos González, que ha compartido conmigo su experiencia clínica e investigadora, siempre me ha apoyado y ayudado.

A mi marido Alfonso, por ser la luz de mi mundo, por saber manejar mis cambios de estado de ánimo con una sonrisa, por aportarme calma y serenidad y, también, por ayudarme con sus conocimientos de bases de datos.

A mis padres, Pepe y Vicky, por su apoyo, por ser ejemplo de vida y brindarme todo su amor, por transmitirme su espíritu luchador y de superación, y fomentarme la importancia de la educación.

A mis hermanos, Paco y José, porque me acompañan en todo momento y siempre están ahí para escucharme, por hacerme pasar tantos buenos momentos y, sobre todo, por quererme.

A mis abuelos y familiares, con los que he crecido y me han ayudado siempre, de ellos he aprendido y recibido mucho.

A Yulia y Andrea, son un pedacito de mí, junto a ellas lo difícil se hace fácil. A Susana, Carmen, Paco y Cris, me conocen desde hace muchos años, los incondicionales. A Capi, Alex y Santi, que endulzan mi vida. A Fer, Blanca, Inés, Ana y Ernesto, con los que he compartido risas y también momentos difíciles. A Ester, Fernanda, Mariana, Elena y Mabel, amigas y compañeras de profesión, apasionadas por el trabajo con pacientes que sufren TCA.

A las pacientes y sus familias, por su generosidad y su tiempo, por motivarme a continuar aprendiendo tanto cada día.

RESUMEN

TÍTULO:

Modelo Terapéutico “La Paz”: Modelo de Capacitación Familiar Cognitivo/Emocional basado en Mindfulness para el Tratamiento de la Conducta Alimentaria y Obesidad.

OBJETIVOS:

Evaluar la eficacia del Modelo Terapéutico “La Paz” a través de los cambios observados en el estado de salud físico, cognitivo, emocional y conductual de un grupo de pacientes con anorexia y bulimia nerviosa, comparando las mismas variables al inicio y tras, al menos, 1 año desde el comienzo del tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se trata de un estudio observacional prospectivo, posttest único sin grupo control de ámbito clínico, con una muestra de 72 pacientes diagnosticadas de anorexia y bulimia nerviosa tratadas en las Unidades de Psicología Clínica y Medicina de la Adolescencia, en el Hospital Universitario La Paz de Madrid, seleccionados de forma consecutiva entre los años 2011 y 2017.

Se utilizaron los cuestionarios Eating Attitude Test (EAT-26) y Eating Disorders Inventory (EDI-3) para evaluar sintomatología asociada a la presencia de Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) para medir el grado de dificultad en la regulación emocional, Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) para medir Alexitimia, la Escala de Amplificación Somatosensorial para Trastornos de la Conducta Alimentaria (SASTCA) y Scale for Assessment of Somatic Symptoms (SASS) para evaluar la intensidad de la respuesta hacia estímulos somatosensoriales específicos y no específicos de TCA, la Escala Sensoemocional en Trastornos de

Conducta Alimentaria (ESEM) para estudiar el procesamiento sensoemocional, y Highly Sensitive Person (HSP) para medir sensibilidad en el procesamiento sensorial.

RESULTADOS:

Se halló mejoría significativa ($P < 0.05$) en IMC, restricción de la ingesta, atracones, vómitos, restricción y abuso de líquidos, uso de laxantes y diuréticos, ejercicio excesivo, necesidad de ingresos hospitalarios, número de tentativas de suicidio, frecuencia de autolesiones.

Los cuestionarios específicos que midieron sintomatología TCA (EAT-26 y EDI-3) disminuyeron la puntuación en variables patológicas de forma significativa ($P < 0.05$) en el momento del seguimiento. Las variables relacionadas con aspectos emocionales (Alexitima y regulación emocional), medidas con el TAS y DERS, mejoraron su puntuación de forma significativa ($P < 0.05$) tanto en la capacidad de las pacientes para ser conscientes de sus emociones como en la regulación emocional a través de mecanismos más adecuados. Los datos en alta sensibilidad muestran dos resultados aparentemente divergentes. La alta sensibilidad somatosensorial, medida con las escalas HSP y SSAS, permanece constante a lo largo del seguimiento ($P > 0.05$), mientras que las escalas ESEM y SASTCA muestran una reducción en los aspectos de sensibilidad específicos asociados al TCA, manteniendo no obstante puntuaciones similares en los aspectos de alta sensibilidad menos específicos ($P < 0.05$).

CONCLUSIONES:

El tratamiento del Modelo “La Paz” ha mostrado niveles de mejoría significativos en la recuperación de pacientes adolescentes y jóvenes con anorexia y bulimia nerviosa tras, al menos, 1 año de intervención. Se ha producido mejoría en los índices que evaluaban el nivel de la salud de las pacientes, la patología alimentaria y las variables psicológicas asociadas, permaneciendo invariables los posibles rasgos fenotípicos estudiados (alta sensibilidad somatosensorial).

ABSTRACT

TITLE:

"La Paz" Therapeutic Model: Cognitive/Emotional Family Empowerment based on Mindfulness for Eating Disorders and Obesity.

OBJECTIVES:

Assessment of "La Paz" Therapeutic Model efficacy through the changes observed in the physical, cognitive, emotional and behavioral health status of a group of patients with anorexia and bulimia nervosa comparing the same variables at the beginning and, at least, 1 year after the treatment.

METHODS AND MATERIAL:

A prospective, single posttest observational study without clinical control group, in a sample of 72 anorexia and bulimia nervosa patients from Clinical Psychology and Adolescent Medicine Units at Hospital Universitario La Paz in Madrid, consecutive selected from 2011 to 2017.

Eating Attitude Test (EAT-26) and Eating Disorders Inventory (EDI-3) were used to evaluate symptoms of eating disorders, Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) was used to measure emotional regulation difficulties, Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) measured Alexitimia, Escala de Amplificación Somatosensorial para Trastornos de la Conducta Alimentaria (SASTCA) and Scale for Assessment of Somatic Symptoms (SASS) were used to assess the intensity in response to specific and non-specific somatosensory stimuli, Escala Sensoemocional en Trastornos de Conducta Alimentaria (ESEM) for sensory-emotional processing in patients with eating disorders, and

Highly Sensitive Person (HSP) used to measure sensitivity in sensory processing.

RESULTS:

A significant improvement was found ($P < 0.05$) in BMI, intake restriction, binge eating, vomiting, fluids restriction and abuse, use of laxatives and diuretics, excessive exercise, hospitalizations, suicide attempts, self-harm frequency.

Eating disorder specific scales (EAT-26 and EDI-3) evidenced a significantly decreased in pathological variables score ($P < 0.05$) at follow-up. The variables related to emotional aspects (Alexithimia and emotional regulation) measured with TAS and DERS, improved their score significantly ($P < 0.05$) in the ability to be aware of their emotions and emotional regulation through appropriate mechanisms. High sensitivity data show two apparently divergent results. High somatosensory sensitivity, measured with HSP and SSAS, remains constant throughout the follow-up ($P > 0.05$), while ESEM and SASTCA show a reduction in specific sensitivity aspects associated with eating disorders, although maintaining similar scores in less specific high-sensitivity aspects ($P < 0.05$).

CONCLUSIONS:

"La Paz" Therapeutic Model has evidenced significant levels of improvement in the recovery of adolescent and young patients with anorexia and bulimia nervosa, at least, 1 year after the treatment. There has been an improvement in health status, alimentary pathology and associated cognitive and emotional variables, remaining invariable the possible phenotypic characteristics studied (high somatosensory sensitivity).

ABREVIATURAS

Anorexia nerviosa (AN)

Asociación Americana de Psiquiatría (APA)

Bulimia nerviosa (BN)

Cuarta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)

Quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Terapia dialéctico-conductual (DBT)

Terapia focalizada en el manejo de emociones (EFT)

Trastorno por Atracones (TA)

Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCA-NE)

Sistema Nervioso Autónomo (SNA)

Sistema Nervioso Central (SNC)

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	5
RESUMEN	8
ABSTRACT	11
ABREVIATURAS	14
ÍNDICE.....	15
1. INTRODUCCIÓN.....	21
1. Conceptos generales de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa	21
1.1.1. Definición y características principales.....	21
1.1.2. Criterios diagnósticos	22
1.1.3. Diagnóstico diferencial	25
1.2. Epidemiología.....	26
1.3. Etiopatogenia	27
1.3.1. Factores genéticos	27
1.3.2. Factores biológicos y neurobiológicos	28
1.3.3. Factores ambientales	33
1.4. Tratamientos precursores al Modelo “La Paz”.....	34
1.4.1. Modelo de Empowerment para el incremento de adherencia a los tratamientos médicos	34
1.4.2. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)	37
1.4.3. Terapia focalizada en el manejo de emociones (EFT) ...	38
1.4.4. Terapia dialéctico-conductual (DBT)	40
1.5. Modelo Terapéutico “La Paz”: Modelo de Capacitación Familiar Cognitivo/Emocional basado en Mindfulness para el	

Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad	42
1.5.1. Relación terapéutica del Modelo “La Paz”	42
1.5.2. Características generales del Modelo “La Paz”	45
1.5.3. Etapas y niveles de intervención terapéutica en función de la situación clínica del paciente.....	48
1.5.4. Abordaje terapéutico.....	52
2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	102
3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	104
3.1. Hipótesis	104
3.2. Objetivo primario.....	104
3.3. Objetivos secundarios	104
4. METODOLOGÍA.....	105
4.1. Tipo de estudio.....	105
4.2. Ámbito del estudio	105
4.3. Población y muestra	106
4.3.1. Población diana	106
4.3.2. Criterios de inclusión y exclusión	106
4.3.3. Muestra	107
4.3.4. Diseño y procedimiento	109
4.4. Variables de estudio e instrumentos utilizados para la recolección de datos.....	110
4.4.1. Variables socio-demográficas	110
4.4.2. Variables clínicas	110
4.4.3. Instrumentos de recogida de datos	111
4.5. Análisis de datos.....	115

5. ASPECTOS ÉTICOS.....	116
5.1. Comité ético.....	116
5.2. Información y consentimiento informado	116
5.3. Ley orgánica de protección de datos.....	116
6. RESULTADOS	117
6.1. Características de la población de estudio	117
6.1.1. Características sociodemográficas de la población de estudio	117
6.1.2. Características clínicas de la población de estudio	118
6.1.3. Características psicológicas de la población de estudio	121
6.2. Seguimiento: efecto producido tras el Modelo de tratamiento “La Paz”	125
6.2.1. Comparaciones variables clínicas	125
6.2.2. Comparaciones variables psicológicas.....	127
7. DISCUSIÓN.....	132
7.1. Metodología	132
7.2. Instrumentos de recogida de datos	133
7.3. Datos demográficos y clínicos de la muestra	134
7.4. Efecto del tratamiento Modelo “La Paz”.....	135
7.4.1. Variables clínicas	135
7.4.2. Variables psicológicas.....	135
7.5. Limitaciones y fortalezas del estudio	137
7.5.1. Limitaciones.....	137
7.5.2. Fortalezas.....	137
7.6. Líneas futuras de investigación.....	138

7.7. Implicaciones clínicas del estudio	138
8. CONCLUSIONES.....	139
9. BIBLIOGRAFÍA.....	140
10. FIGURAS	160
11. TABLAS	161
12. ANEXOS	162
Anexo 1. Hoja de información al paciente.	162
Anexo 2. Hoja de información al menor maduro.	164
Anexo 3. Hoja de información a los padres/tutores.	166
Anexo 4. Cuaderno de recogida de datos sociodemográficos y clínicos	168
Anexo 5. Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS).	169
Anexo 6. Escala Sensoemocional en Trastornos de conducta alimentaria (ESEM).	171
Anexo 7. Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20).	172
Anexo 8. Escala Highly Sensitive Person (HSP).	174
Anexo 9. Escala de Amplificación Somatosensorial para Trastornos de la Conducta Alimentaria (SASTCA).....	176
Anexo 10. Escala de Amplificación Somatosensorial (SSAS)	178
Anexo 12. Cuestionario de actitudes hacia la alimentación (EAT-26).	180
Anexo 13. Comisión ética de la investigación del Hospital Universitario La Paz de Madrid.....	181

1. INTRODUCCIÓN

1. Conceptos generales de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa

1.1.1. Definición y características principales

La anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) son patologías que forman parte de los Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos recogidos en el DSM-V (1).

La AN se caracteriza principalmente por la pérdida de peso corporal autoinducida, miedo intenso al aumento ponderal y alteraciones en la percepción de la imagen y figura corporal. A su vez, la BN se caracteriza por episodios de sobreingestas recurrentes con sensación de pérdida del control, seguidos de conductas compensatorias como restricción de la ingesta o ejercicio físico excesivo (1,2). Las pacientes que sufren estos trastornos presentan pensamientos obsesivos respecto a la comida, irritabilidad, anhedonia, Alexitima, capacidad de concentración disminuida, insomnio, hiperactividad, y dificultad para regular las emociones (3).

Actualmente, la AN y la BN son consideradas patologías multidimensionales y multifactoriales en las que intervienen de manera simultánea diversos factores psicológicos, biológicos y socioculturales (2,4). La clínica dependerá de la gravedad del trastorno y del estado evolutivo del paciente, las complicaciones orgánicas son habituales y pueden poner en riesgo su vida. En cuanto a la comorbilidad psiquiátrica subyacente, tanto en AN como en BN, son muy frecuentes la depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, y el uso de sustancias (5).

1.1.2. Criterios diagnósticos

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) presentó en mayo de 2013, en su reunión anual, la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (1).

La cuarta edición revisada, DSM-IV-TR (6), únicamente incluía tres categorías diagnósticas para los TCA (Trastornos de la Conducta Alimentaria): AN, BN y Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE). En el DSM-V, se modifica el nombre de la sección de los TCA por "Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos", y se incluyen cuatro nuevos diagnósticos: Trastorno por atracones (TA), Pica, Trastorno de rumiación y Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos.

También se modifican algunos criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para AN, BN y TCANE y se incluyen otros nuevos. Los cambios propuestos en el DSM-V para los TCA tienen como principal objetivo disminuir la prevalencia del TCANE (7).

En relación a los cambios, para la AN (Tabla 1), el criterio DSM-IV-TR de amenorrea ha sido eliminado en la quinta edición del Manual, desaparece como característica central del trastorno y pasa a ser una evidencia clínica del estado nutricional, al igual que la temperatura corporal y la presión arterial (8). En relación al peso, se ha establecido que debe ser significativamente bajo en relación a la edad, sexo, desarrollo evolutivo y salud. Por lo tanto, se excluye el término "rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla", y desaparece la "pérdida de peso inferior al 85%" (9).

Tabla 1. Criterios diagnósticos de Anorexia Nerviosa. Comparación DSM-IV-TR y DSM-V.

DSM-IV-TR	DSM-V
A) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).	A) Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
B) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.	B) Miedo intenso ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
C) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.	C) Alteración en la forma que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.
D) En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.	
<p>Especificar el tipo:</p> <p><u>Tipo restrictivo:</u> durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).</p> <p><u>Tipo compulsivo/purgativo:</u> durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).</p>	<p>Especificar el tipo:</p> <p><u>Tipo restrictivo:</u> Durante los últimos tres meses no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas. La pérdida de peso se debe a la dieta, el ayuno y/o ejercicio físico intenso.</p> <p><u>Tipo atracones/purgativa:</u> Durante los últimos tres meses ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas.</p>

Para la BN (Tabla 2), la frecuencia de atracones y conductas compensatorias inapropiadas se reduce a un promedio de una vez a la semana durante tres meses (1). El mismo criterio en el DSM-IV-TR (7), era de una media de dos veces a la semana durante tres meses.

Tabla 2. Criterios diagnósticos de Bulimia Nerviosa. Comparación DSM-IV-TR y DSM-V.

DSM-IV-TR	DSM-V
<p>A) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias. 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo). 	<p>A) Episodios recurrentes de atracones de comida. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingestión, en un periodo determinado, de una cantidad de alimentos que es claramente superior al que la mayoría de las personas ingerirían en u la población normal en un período similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.
<p>B) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.</p>	<p>B) Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.</p>
<p>C) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.</p>	<p>C) Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p>
<p>D) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.</p>	<p>D) La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.</p>
<p>E) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.</p>	<p>E) Esta alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.</p>
<p>Especificar el tipo:</p> <p><u>Tipo purgativo:</u> durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.</p> <p><u>Tipo no purgativo:</u> durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.</p>	

1.1.3. Diagnóstico diferencial

Antes de emitir un diagnóstico de AN, es necesario llevar a cabo una evaluación diferencial somática para descartar enfermedades como pancreatitis, diabetes mellitus, colitis ulcerosa, hipotiroidismo, enfermedad de Addison, enfermedad celíaca, hipertiroidismo, síndrome de la arteria mesentérica superior, o tumores del Sistema Nervioso Central (SNC), en las que también se observa falta de apetito o pérdida significativa de peso. El criterio diferencial es que en estos cuadros no se presentan ni el miedo intenso a ganar peso ni la hiperactividad con fines para perder peso características de la AN y BN (10).

El diagnóstico diferencial con otras enfermedades psiquiátricas incluye principalmente el de la ANP con la bulimia nerviosa (BN). La BN comparte con la ANP el miedo intenso a engordar, la distorsión de la imagen corporal, la excesiva influencia del peso y la figura corporal en la autoevaluación así como la presencia de atracones y conductas compensatorias (vómitos, purgas, uso de laxantes o ayunos). Sin embargo, los pacientes con BN suelen presentar normopeso, pues realizan con más frecuencia comidas regulares. Debe descartarse también que la pérdida de apetito y la pérdida de peso sean síntomas secundarios a un cuadro clínico primario como, por ejemplo, un trastorno depresivo mayor u otros trastornos tales como la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno por estrés postraumático, trastorno dismórfico corporal, trastorno paranoide y trastorno somatoformo (1).

1.2. Epidemiología

La definición de trastorno alimentario fue revisada en el Manual Diagnóstico DSM-V, cuyo resultado fue una ampliación de los criterios y, por consiguiente, un aumento de la prevalencia y un cambio de pronóstico, como refleja un estudio reciente (11) en el que aumenta de forma sustancial la prevalencia de la AN y BN, y se reduce el diagnóstico de TCANE. Este hecho se compensa con un curso más benigno de la enfermedad en los nuevos diagnósticos (11,12).

Los resultados de los estudios que evalúan la prevalencia e incidencia de la AN y BN han sido hasta ahora heterogéneos, principalmente por la variabilidad en los criterios diagnósticos utilizados, las diversas metodologías y las poblaciones escogidas (13,14).

Se ha estimado una alta prevalencia en Europa, entre un 1-4% de las mujeres europeas sufren estos trastornos, frente al 0.3-0.7% de hombres diagnosticados (15). Además, en población española la cifra de mujeres entre 12 y 21 años se ve incrementada, entre el 4.1 – 6.41% (16).

En un estudio reciente, que revisa en la literatura científica la prevalencia e incidencia de AN y BN de las últimas décadas hasta el momento actual, concluye que la incidencia de AN permanece estable a lo largo del tiempo pero en la actualidad aumenta en la población de entre 15 y 19 años. Sin embargo, la BN disminuye (17).

1.3. Etiopatogenia

El modelo etiopatogénico que postuló Engel en 1977, acuñado con el nombre de Modelo Biopsicosocial (18), es actualmente el más aceptado para comprender la enfermedad del paciente de manera holística. Este modelo considera que los TCA disponen de una etiología multifactorial y que, son consecuencia de la interacción de factores individuales (genéticos, biológicos y psicológicos) junto con otros de tipo social, familiar y cultural (19).

1.3.1. Factores genéticos

El factor genético de más riesgo es el hecho de ser mujer (20). Estudios de familias y gemelos sugieren que tanto AN como BN son patologías genéticas complejas y se estima que el rango de heredabilidad de ambos trastornos se sitúa entre el 50-83% (21) (22). Estudios de análisis de linkage (fenotipos homogéneos) encuentran susceptibilidad para BN en el cromosoma 10p y para AN en cromosoma 1p, así como algunos rasgos del comportamiento, por ejemplo los compulsivos (23,24). Además, alrededor de un tercio del riesgo genético lo comparten TCA y depresión (25), trastornos de ansiedad (26) y adictivos (27).

1.3.2. Factores biológicos y neurobiológicos

Tal y como se mencionó anteriormente, la mayoría de los trastornos alimentarios surgen durante la adolescencia y pubertad, un período vulnerable de desarrollo cerebral y corporal y, en consecuencia, la desnutrición durante esta etapa evolutiva puede ser crucial para el desarrollo de las pacientes. La inanición disminuye el tejido cerebral y se asocia con muchas alteraciones conductuales y psicosociales como rigidez cognitiva, desregulación emocional y dificultades sociales (28).

El cerebro es particularmente vulnerable a las consecuencias de la desnutrición, ya que utiliza alrededor del 20% de la ingesta calórica y es especialmente dependiente de la glucosa. Por lo tanto, la desnutrición tiene un efecto general sobre la función cerebral además del efecto específico sobre el sistema de hambre-saciedad (20). Los pacientes con TCA, presentan importantes alteraciones en las percepciones del hambre-saciedad, y en sus patrones alimentarios. Se han documentado importantes alteraciones en algunos neurotransmisores que participan activamente en la regulación de la homeostasis energética (serotonina, dopamina, noradrenalina) y en los sistemas de la colecistoquinina, grelina, leptina, adiponectina, neuropéptido Y implicados en el control de la ingesta (29). La regulación hambre-saciedad puede ser entendida como un proceso en el que intervienen tres sistemas (30,31):

1. El sistema homeostático, que se sitúa principalmente en el tronco cerebral y el hipotálamo, e integra marcadores metabólicos periféricos con información del tracto gastrointestinal y se relaciona con estados subjetivos de hambre y saciedad, así como actividad del Sistema Nervioso Autónomo (SNA).

2. El sistema de motivación (drive), con circuitos neuronales distribuidos dentro de la corteza mesolímbica y cuerpo estriado, que cuenta con diferentes entradas de los órganos de los sentidos y las estructuras neuronales implicadas en el aprendizaje y la memoria. Este sistema registra el valor de recompensa asociado con la comida y está involucrado en la motivación para buscar alimentos y comer.
3. El sistema de autorregulación, el también llamado top-down, que contextualiza el apetito dentro de los objetivos vitales, valores y aporta un significado al mismo.

Si alguno de estos sistemas se ve afectado, puede convertirse en un factor de riesgo para el TCA y contribuir al mantenimiento del mismo (20).

En relación a los aspectos neurobiológicos, las principales regiones cerebrales implicadas en la clínica de la AN y BN son aquellas que forman parte del circuito límbico (amígdala, hipocampo, circunvolución del cíngulo y área septal), los ganglios basales (núcleo accumbens y núcleo caudado) y sus conexiones, sobre todo con la ínsula, la corteza prefrontal y orbitofrontal y el córtex cingulado (32).

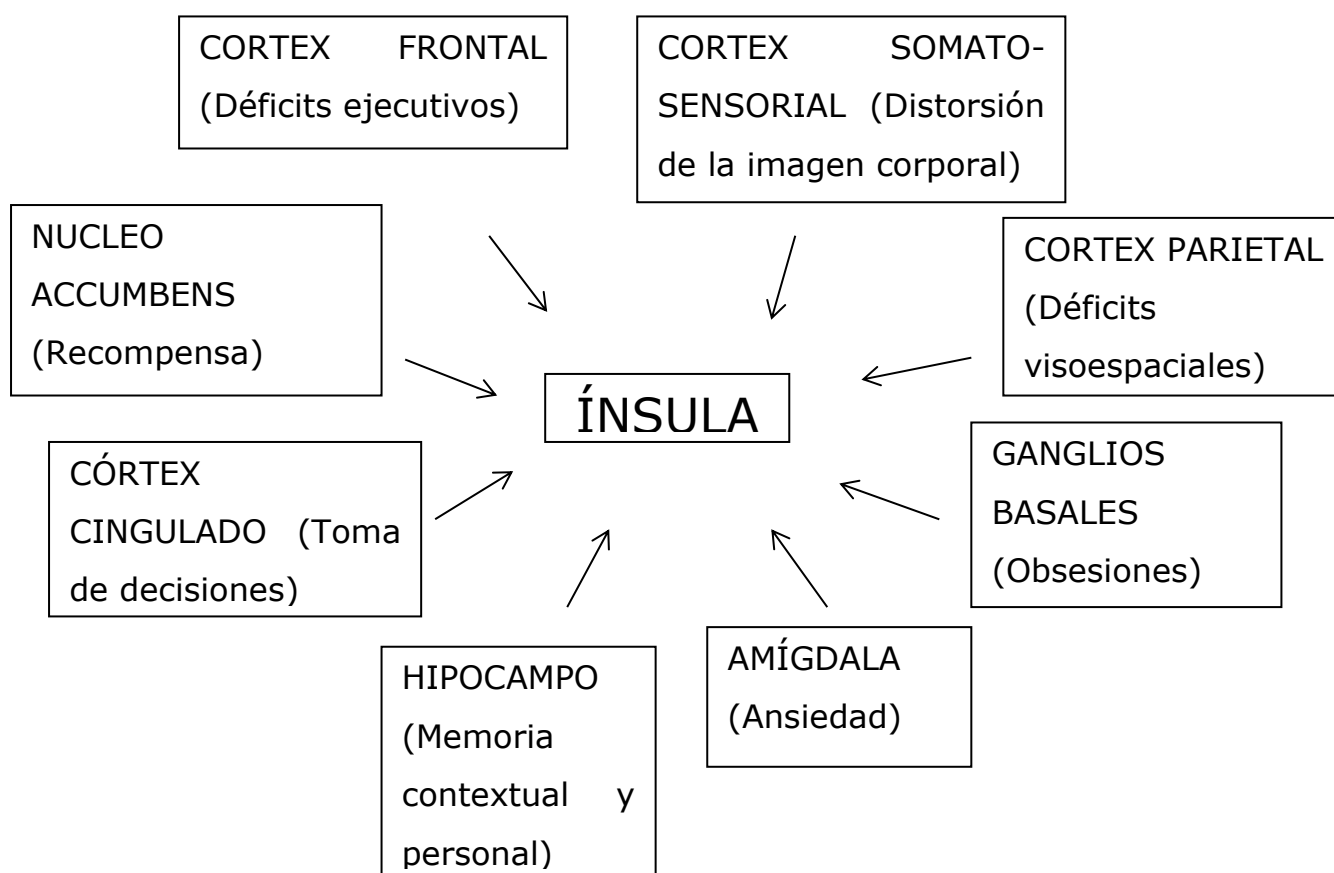
El circuito neural cortico-límbico está relacionado con la integración cognitiva, emocional y propioceptiva, la percepción de imagen corporal y la ansiedad. Las estructuras corticales incluyen los lóbulos frontales (deficiencias en el funcionamiento ejecutivo), la corteza somatosensorial (imagen corporal distorsionada), la corteza parietal (déficits visoespaciales y coherencia central) y la región medial temporal (hipoperfusión). Las estructuras subcorticales implicadas incluyen la amígdala (asociado a la ansiedad) y el estriado (vinculado con el comportamiento obsesivo-compulsivo) (4).

La ínsula (Figura 1) es una estructura que se encuentra localizada en la fisura de Silvio, una encrucijada entre los dos hemisferios cerebrales; situada debajo de los lóbulos frontales, es anterior al lóbulo parietal y medial a los lóbulos temporales. La ínsula interviene entre la cognición prefrontal y los estados afectivos mesolímbicos y se ha relacionado con la dificultad para integrar conceptos con funciones perceptivas, así como conciencia interoceptiva y percepción de la emoción, tan común en personas que sufren AN y BN (33).

La ínsula se conecta con los lóbulos frontales, incluyendo el área de Broca, el giro cingulado, los lóbulos temporales, el área de Wernicke, la amígdala, el hipocampo, los lóbulos parietales, la corteza somatosensorial, los ganglios basales, el tálamo y el hipotálamo (34).

Algunas de las funciones en las que interviene la ínsula son (35): regulación del sistema nervioso autónomo; regulación del apetito y la alimentación, y el sabor; regulación de la memoria visceral, la conciencia corporal, la identidad corporal, la pertenencia del cuerpo y del yo; integración de pensamientos y sentimientos; regulación de la experiencia de dolor, el procesamiento interoceptivo, la ansiedad, la experiencia de "disgusto", y la empatía.

Figura 1. Conexión ínsula y regiones cerebrales.



Es poco probable que cada una de estas estructuras sea en sí misma disfuncional, más bien parece existir una desconexión entre ellas que podría explicar su funcionamiento anormal. Un grupo de investigadores plantea la hipótesis de una desconexión entre las estructuras que conduce a la manifestación de características muy específicas de la AN y BN (36). Los autores proponen que la disfunción en la ínsula puede ser central en la patogénesis de ambos trastornos.

Por otro lado, el circuito fronto-estriatal está formado por el circuito fronto-estriatal dorsal (asociado con las cogniciones relacionadas con la inhibición del apetito), el ventral (vinculado al sentido del self o sí mismo y a la imagen corporal), y ganglios basales (compuestos por el

estriado, relacionado con las respuestas a la comida y la motivación, y la amígdala, vinculada con la ansiedad y el miedo a la comida) (37-39). Mediante RMNf, se ha demostrado que la activación de este circuito cerebral permanece alterada en personas con estas patologías y puede relacionarse con las dificultades que muestran en el procesamiento y regulación de sus emociones, en el reconocimiento de las mismas (Alexitima) y su alta sensibilidad a estímulos somatosensoriales, el castigo y el refuerzo (40,41). Además, estas pacientes presentan problemas relacionados con la cognición social (42).

Los estudios de neuroimagen han mostrado una atrofia cortical (reducción de materia gris en el lóbulo temporal derecho, lóbulo parietal y cíngulo) y un aumento ventricular (43,44) que restablecen su tamaño y función tras la restauración nutricional del individuo; sin embargo, otras anomalías neurobiológicas y cognitivas persisten tras recuperar el peso (45). Estudios neuropsicológicos encontraron deterioro, además de la memoria visoespacial (46), la toma de decisiones (47), el procesamiento global (baja coherencia central) que lleva a centrarse en los detalles más finos tales como el desagrado de ciertas partes del cuerpo (48,49). También se ha encontrado deterioro en las funciones ejecutivas; en concreto, en la flexibilidad cognitiva (46,50) y la reducción de la conectividad entre el núcleo caudado y el córtex prefrontal ventrolateral que está asociada con la reducción de la flexibilidad cognitiva que caracteriza a estas pacientes (51,52). Se ha demostrado que estas disfunciones persisten tras la recuperación nutricional (53).

Existen indicios que sugieren que las alteraciones neuropsicológicas de la AN y BN son patrones estables o endofenotivos que permanecen tras la recuperación nutricional y que están presentes, además, en sus familiares (54). Dichos patrones tienen que ver con la rigidez cognitiva o la adherencia a reglas rígidas que dificultan la adaptación

a los cambios, la escasa coherencia central o focalización en pequeños detalles y la dificultad para ver la globalidad (50,55-57). Otros autores también encontraron los déficits visoespaciales y la toma de decisiones como aspectos cognitivos que permanecían afectados tras la recuperación del peso (43,58).

1.3.3. Factores ambientales

En primer lugar, los aspectos perinatales pueden mediar de forma significativa el desarrollo de TCA. Aquellas madres expuestas a estrés durante el embarazo tienen mayor probabilidad de que sus hijos sufran el trastorno (59), complicaciones en el momento del parto (daños cerebrales por hipoxia) o el nacimiento prematuro del bebé también ha mostrado tener relación con TCA (60). También pueden mediar estos efectos mecanismos epigenéticos (el ambiente puede cambiar el trascurso de los genes) y, por ello, cumplir un papel relevante en el riesgo a desarrollar o no TCA (61).

En relación a los países más desarrollados, el valor que se le otorga a la delgadez (belleza, perfección, éxito, autoestima, así como la solución de problemas) fomenta el excesivo control del peso y las dietas (62), y las comparaciones negativas hacia la forma de los cuerpos, el rechazo a la gordura, la crítica patológica, la exposición a una alta emoción expresada en la familia, las experiencias de bullying, incrementan la probabilidad de padecer un TCA. Además, situaciones de negligencia y de abuso físico y sexual pueden propiciar el riesgo a desarrollar el trastorno (63).

1.4. Tratamientos precursores al Modelo “La Paz”

1.4.1. Modelo de Empowerment para el incremento de adherencia a los tratamientos médicos

El Modelo de Empowerment o de Capacitación proviene de una nueva visión de paciente, ahora capaz y autónomo, pese a estar enfermo y, por tanto con un rol protagonista en el proceso de curación. La capacitación ha surgido en el área de la salud apoyándose en una idea esencial: los pacientes tienen el derecho a realizar sus propias elecciones sobre el cuidado de su salud y a ejercitar un control sobre su vida y ambiente. El concepto de capacitación subraya la necesidad de establecer relaciones de igualdad y respeto mutuo entre las personas que necesitan la ayuda y aquellos que la facilitan, de forma que entre ambos se lleguen a dilucidar las causas de los problemas y las posibles soluciones (64).

La toma de decisiones resulta de un proceso (a veces largo y conflictivo) en el que converge y se ajusta la información técnica que el médico proporciona, con los deseos y valores personales del paciente. Uno aporta conocimiento científico, experiencia clínica, información técnica, consejos. El otro, escucha cuanta información recibe y la contrasta con sus creencias, sus proyectos, etc. (65).

Los pacientes son quienes experimentan las consecuencias de la enfermedad y del tratamiento, por lo que tienen derecho a tener un papel relevante en las decisiones concernientes a su condición médica. Los pacientes no pueden ser forzados a seguir un estilo de vida dictado por los profesionales de la salud, sino que son ellos quienes tienen que incrementar su autoconciencia, su responsabilidad personal, realizar elecciones informadas y definir su calidad de vida (66).

Aunque los profesionales tienen que estar implicados en la toma de decisiones, la determinación final de lo que es mejor para el paciente es derecho y responsabilidad de éste. Por ello, desde este modelo de acción, el propósito primordial del profesional de la salud es preparar al paciente para que realice decisiones informadas sobre su propio cuidado. La capacitación es más que una intervención o conjunto de estrategias para ayudar al paciente a hacer los cambios que le permitan adherirse al tratamiento, es el resultado de un proceso que comienza con la información y la educación. El paciente está capacitado cuando tiene conocimiento, habilidades, actitudes, para influir en su conducta y la de otros en orden a mejorar su calidad de vida. El paciente se capacita cuando tiene suficiente conocimiento para hacer decisiones racionales, recursos suficientes para implementar sus decisiones y experiencia para evaluar la eficacia de sus decisiones (65,64).

Para poder realizar un trabajo semejante, tanto el profesional como el paciente tienen que realizar un cambio de mentalidad sobre su propia relación, además de pensar con autonomía y dar consentimiento informado. Contemplar el tratamiento de la salud de las personas como un proceso de decisión activo implica tener en consideración el deseo del paciente por ejercitar un cierto grado de control sobre lo que le ocurre y comprometerse en una colaboración compartida con el profesional de la salud. El paciente tiene que recibir información sobre la enfermedad y su tratamiento; apoyo, comprensión y cuidados, pero también debe tener la oportunidad de expresar su comprensión, sus creencias y valores sobre la enfermedad y las opciones de tratamiento. Si el paciente quiere tomar decisiones adecuadas para mejorar su compromiso en los cuidados implicados

en su tratamiento, es muy probable que necesite realizar un cambio en su estilo de vida (64).

La implementación de este modelo depende de (64):

- Patología que presenta el paciente: aguda o crónica;
- Forma de intervención requerida: ingreso hospitalario/consulta ambulatoria;
- Gravedad y riesgo de la intervención: quirúrgica/farmacológica;
- Cambios de hábitos y estilo de vida.

Los pacientes que asumen este modelo de capacitación aumentan su satisfacción, realizan un cambio hacia un estilo de vida más sana y descienden el nivel de morbilidad y la mortalidad. Estas ventajas no significan que la autonomía del paciente no tenga límites, ni que se niegue la autonomía del profesional, ni que todos los cambios sean positivos (66).

Finalmente, es necesario reconocer y respetar que un grupo de pacientes no se siente cómodo tomando responsabilidades sobre su vida. En estos casos, el paciente puede preferir una aproximación más directiva, transfiriendo el poder al profesional o dándole poder para que tome las decisiones. El modelo tiene que respetar ese deseo de transferir el poder al profesional, ya que la decisión sigue siendo del paciente. Aquellos pacientes que deseen ser sujetos pasivos del cuidado son responsables de esta posición y de sus consecuencias (64).

Se ha hecho absolutamente necesario que el profesional brinde al paciente, cuanto menos, la posibilidad de expresar su punto de vista referente a los objetivos terapéuticos, naturaleza del problema y cómo piensan ellos que deberían ser tratados.

1.4.2. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Estudios empíricos sugieren que esta terapia es positiva para las pacientes con TCA ya que permiten afrontar las emociones evitadas y disociarlas de los síntomas alimentarios, eliminar la consideración ego-sintónica de las emociones e incrementar la flexibilidad cognitiva, variable esencial en el proceso de recuperación (67).

La terapia de aceptación y compromiso se apoya en una perspectiva nueva de la psicopatología en la que resulta central el concepto de evitación experiencial destructiva (la finalidad de la vida es buscar el placer inmediato y eliminar rápidamente cualquier signo de malestar). Esta búsqueda persistente de eventos positivos y eliminación de los negativos para ser feliz, es una falacia que lleva a la evitación experiencial destructiva. El paciente actúa únicamente bajo la necesidad de controlar y/o evitar la presencia de pensamientos, recuerdos, sensaciones y emociones negativas. En la terapia se trata de conseguir que el paciente actúe guiado por metas u objetivos personalmente valiosos y no por la presencia o ausencia de estados cognitivos y emocionales negativos (dolor, ansiedad, tristeza, miedo, etc.) y para conseguirlo, tiene que tomar conciencia plena del flujo de sus pensamientos y emociones, cualesquiera que sean, y las afronte adecuadamente. Se utilizan paradojas, metáforas y ejercicios de exposición plena/consciente en el aquí y en el ahora (68).

1.4.3. Terapia focalizada en el manejo de emociones (EFT)

Desde esta perspectiva teórica las emociones se conceptúan como saludables y adaptativas, fuente de información y sabiduría sobre uno mismo y sobre el mundo exterior. Informan de lo que es correcto o incorrecto, lo que es prioritario atender y guían nuestra acción. Por ejemplo, la tristeza es una respuesta saludable ante las pérdidas e indica la necesidad de ser consolado y buscar apoyo de otros; la ira/rabia es una respuesta saludable para los abusos y nos lleva a poner límites; el miedo es una respuesta saludable para las amenazas y nos señala la necesidad de escapar del peligro (69).

El trabajo terapéutico se basa en tres principios esenciales: conciencia emocional, regulación emocional y transformación emocional. Es necesario ser capaz de afrontar un rango de sentimientos sin miedo y sin necesidad de los síntomas alimentarios. El terapeuta adopta el papel de acompañante enseñando la importancia de lo que se siente, y guiando su mejor procesamiento. Durante el proceso no solo se habla de las emociones que se están tratando de evitar por dolorosas o angustiantes, sino que se trata de experimentarlas. Tal procesamiento implica ser consciente, expresar, comprender, tolerar, regular, aprender a suavizarse, transformar las desadaptadas en otras más saludables (70).

Para trabajar el principio de transformación emocional, es importante ayudar a identificar y procesar la forma en que el paciente se enfrenta a sí mismo. Se trabaja con las distintas partes del "yo" que están en conflicto y que llevan a estar dividido o fragmentado, la disociación más frecuente es la voz anoréxica que le dice que esta gorda y debe dejar de comer o purgarse. También será necesario trabajar la interrupción y bloqueo del pensamiento, o el dialogo interno perseverante sobre temas sin resolver que le causaron

heridas emocionales con personas allegadas. La evocación y procesamiento de los sentimientos asociados con ellos sirve para romper el círculo vicioso. Los pacientes pueden disminuir sus críticas y reducir el malestar asociado a la imagen corporal, afrontar de forma más positiva y menos dolorosa las emociones, los traumas, las pérdidas, las injurias recibidas en el pasado. Al hacerlo, se recupera o desenvuelve una sensación de confianza para afrontar los retos de la existencia y, desde ahí, poder cambiar las pautas de alimentación inadecuadas (69,57).

1.4.4. Terapia dialéctico-conductual (DBT)

La DBT combina diversas técnicas cognitivo-conductuales dirigidas a la regulación emocional y pone en práctica métodos para sobrellevar la angustia, incorporando las ideas de aceptación y focalización, además armoniza el compromiso básico de la aceptación y el cambio. Esta terapia recurre a un conjunto de técnicas de autorregulación emocional extraídas de las tradiciones occidentales psicológicas y las tradiciones orientales de meditación, como la meditación consciente budista (mindfulness). A diferencia de la terapia cognitiva, incorpora la práctica de la plenitud de conciencia como componente central de la terapia (71).

La idea principal del trabajo propuesto por Linehan es que los pacientes crónicamente enfermos han crecido en ambientes invalidantes y, por lo tanto, requieren de un clima de aceptación y confianza en el que se desarrolle una alianza paciente-terapeuta (72). Para realizar la terapia se necesita un compromiso de los pacientes, que tienen que estar dispuestos a aceptar su disfunción emocional. En la primera parte, se realiza una intervención individual en la que terapeuta y paciente discuten temas que surgen durante la semana, y así poder establecer una jerarquía en los objetivos del tratamiento. La segunda parte corresponde a una terapia de grupo donde se aprende a utilizar habilidades específicas que se dividen en cuatro módulos: mindfulness (conciencia plena), efectividad en las relaciones interpersonales, regulación emocional y tolerancia a la angustia (73).

Estas técnicas incluyen un componente formal de meditación que proporciona una mayor conciencia de la forma de afrontamiento de las emociones y la posibilidad de manejarlas de una manera más adecuada (74). La terapia basada en la atención plena (mindfulness) se está utilizando en gran número de patologías psicológicas (75) y,

al mismo tiempo, cada vez se acepta más que muchos trastornos psicológicos tienen como núcleo esencial de su patología las dificultades emocionales (76).

La conciencia de la experiencia del aquí y el ahora con aceptación, implica prestar atención sostenida de forma intencional a la experiencia sensorial, cognitiva y emocional del momento presente, sin elaborar o juzgar lo que se percibe (actuar con conciencia, no juzgar, no reaccionar, describir la experiencia, y observar) (77). La regulación emocional a través de la atención plena representa la capacidad para ser consciente sin tener en cuenta la valencia de la emoción que se experimenta, no exige la supresión de la emoción ni tratar de conceptualizarla o alterarla (78).

Mindfulness puede considerarse como una técnica que facilita la autonomía personal, la capacidad para actuar de acuerdo a intereses personales sin dejarse llevar por impulsos, una mayor flexibilidad cognitiva, reduce la rumiación obsesiva y fomenta una conducta adaptativa (79). En el contexto de las relaciones interpersonales y desde la aceptación de uno mismo, facilita una relación con vínculos seguros en vez de la utilización de conductas de escape y evitación (80).

1.5. Modelo Terapéutico “La Paz”: Modelo de Capacitación Familiar Cognitivo/Emocional basado en Mindfulness para el Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad

1.5.1. Relación terapéutica del Modelo “La Paz”

Los terapeutas que se dedican al tratamiento de los TCA y la Obesidad, junto con los familiares de los pacientes, tienen que aceptar la resistencia al cambio como parte integrante del trastorno. Ello conlleva tener en cuenta, por una parte, las dificultades y el tiempo que el paciente tardará en decidir e implicarse en el proceso de recuperación; por otra, recordar que únicamente se logra un cambio autogenerado, definitivo y permanente cuando se tiene libertad de elección (en numerosas ocasiones, si se presiona a un paciente de forma inadecuada para que mejore, esta presión puede llevarle a incrementar su resistencia e incluso la gravedad de sus síntomas). Sin embargo, puesto que los factores motivacionales son de extrema importancia para la terapia, es necesario conseguir la voluntariedad en el tratamiento haciendo participe al paciente de su terapia y fomentando la toma de decisiones sobre su proceso; algo que a primera vista parece incompatible con la edad de la paciente (si es niña o adolescente) y la aplicación de algunas técnicas conductuales necesarias para recuperar su salud (81). No obstante, si se utiliza este Modelo de Tratamiento “La Paz” (64) y se conceptúa el uso de refuerzos como forma de proporcionar incentivos, contrarrestando así el miedo a aceptar una correcta alimentación, permitirá salir al paciente de una situación de riesgo para su salud posibilitando su voluntariedad en la terapia (65).

El llamado modelo de Capacitación (“Empowerment”), utilizado por otros profesionales de la salud, como consecuencia de las bajas tasas de adhesión a las prescripciones médicas del modelo de relación

médico-paciente tradicional (82), el cual tiende a primar la obediencia en vez de la capacitación del paciente, sugiere normas de actuación a los terapeutas para solucionar los problemas de motivación y resistencia al cambio señaladas en el párrafo anterior. El Modelo "La Paz" (64) subraya la necesidad de establecer relaciones de igualdad y respeto mutuo entre las personas que necesitan la ayuda y aquellos que la facilitan, de forma que entre ambos lleguen a dilucidar las causas de los problemas y las posibles soluciones (83).

El propósito primordial del terapeuta es preparar al paciente y su familia para que realice decisiones informadas acerca de su cuidado, promoviendo el deseo de recuperar su salud y bienestar, evitando el paternalismo. No obstante, durante este período de preparación el paciente y su familia tienen que aceptar los cuidados de salud que requiere el paciente (reposo, hospitalización domiciliaria, ingreso hospitalario, alimentación suplementaria, etc.) admitiendo que la normalización progresiva de la comida es su principal medicina. De forma paralela, el inicio del tratamiento tiene que proporcionar conocimiento y entrenamiento en regulación emocional a toda la familia. Este doble objetivo no implica ni someter a las pacientes a una persecución y vigilancia perniciosas (más relacionadas con la ansiedad del equipo o de la familia que con los objetivos terapéuticos) que degradan su intimidad hasta límites insospechados, ni realizar una parentectomía (65).

Los terapeutas tienen que aceptar una primera fase de la terapia en la que predominen los aspectos de dependencia y seguridad de la paciente, para pasar de forma progresiva hacia la independencia y el desarrollo personal. El propio Modelo "La Paz" (64) reconoce y respeta que un grupo de pacientes no se sientan cómodos tomando responsabilidades sobre su vida y puedan preferir una aproximación más directiva, transfiriendo el poder al profesional o dándole poder

para que tome las decisiones. Aun así, la decisión sigue siendo de la paciente que debe asumir las consecuencias que tal decisión implica; especialmente en lo que se refiere a la dificultad de mantener y generalizar los resultados obtenidos por obediencia. Si quiere recuperarse de forma definitiva y evitar las recaídas tendrá que ir cambiando su actitud hasta asumir la responsabilidad en aprender formas alternativas de solucionar sus problemas y, sin vigilancia, poner en práctica lo aprendido (65).

La primera consecuencia positiva del Modelo "La Paz" (64) propuesto es la evitación de las batallas entre terapeuta-padres y paciente. La batalla la realizan todos contra el trastorno, ayudando al paciente a fortalecer su parte sana; aquella que le ha permitido aceptar la terapia. De forma complementaria, la motivación de la paciente puede incrementarse si se afronta (con técnicas de desensibilización y exposición) el miedo que tienen al descontrol y la gordura al mejorar las pautas alimentarias y/o la ingesta de alimentos. Las condiciones relacionales facilitan la aceptación de la terapia por parte de las pacientes: resulta igual de importante el qué se hace como el cómo se hace (65,66).

1.5.2. Características generales del Modelo “La Paz”

El tratamiento se realiza en un formato de tratamiento ambulatorio intensivo, aunque en la primera etapa alguna paciente puede necesitar un régimen de internamiento hospitalario. El ingreso en el hospital tiene como objetivo principal recuperar salud o frenar conductas purgativas muy dañinas que, por diversas causas (poca cobertura familiar, peligro de descompensación brusca, autolesiones), no pueden contenerse en el medio habitual de la paciente. La estancia hospitalaria tiende a ser breve. Habitualmente el paciente ha de recibir atención del nutricionista en las consultas externas del Hospital; Atención psiquiátrica y psicológica individual en el Centro de Salud Mental (CSM) y atención psicológica grupal (dos veces por semana) en el Hospital. Además, la familia recibe atención psicológica grupal una vez por semana y acuden a grupo multifamilia cada 6 semanas (66).

El tratamiento requiere una frecuencia de sesiones y una duración a lo largo del tiempo suficientemente intensa para que tenga efecto, en caso contrario, las intervenciones aplicadas no solo no producen los efectos deseados, sino que contribuyen a la cronicidad del trastorno. La tendencia actual es realizar tratamiento ambulatorio con distintas modalidades, en función de las necesidades de la paciente: hospitalización parcial (mínimo 8 horas de tratamiento, 4-5 días a la semana), tratamiento ambulatorio intensivo (mínimo 4 horas de tratamiento, dos vez en semana), tratamiento ambulatorio (mínimo 2 horas de tratamiento semanal) (66).

Un grupo de pacientes con anorexia y/o conductas purgativas van a necesitar ingreso hospitalario, al menos, una o dos veces a lo largo del proceso de recuperación. Los ingresos deben tener la duración necesaria (mínimo 8-12 semanas), no solo para recuperar salud o

peso sino para que se produzca algún cambio de actitud, de forma que no se genere el efecto de "puerta giratoria". El tratamiento requiere acciones individuales, grupales y familiares. La inclusión de la familia en el tratamiento es obligatoria, aunque la acción terapéutica familiar puede realizarse recibiendo a la familia en conjunto (incluida la paciente) o de forma separada en grupo de familiares. Los padres y demás adultos implicados en la vida de los pacientes necesitan recibir la información cognitiva y el apoyo emocional que les permita alentar a la paciente en el camino de su recuperación (66,65).

Las acciones terapéuticas tienen que ir acompañadas de una explicación apropiada, a paciente como a familiares, del significado del trastorno y de la necesidad de reestablecer unas pautas alimentarias sanas para poder abordar otros aspectos del trastornos, tales como el proceso de individuación y autonomía personal, la relación con los iguales, la toma de decisiones o la resolución de problemas (84).

Finalmente, debido a las características del contexto sociocultural en el que se desarrollan los trastornos, donde priman valores externos de apariencia y competitividad y se fomenta la preocupación por el cuerpo, la fuerza de las acciones terapéuticas está muy mermada y tiende a perderse cuando la paciente se incorpora a su vida cotidiana. Esta circunstancia requiere realizar un trabajo preventivo escolar que promocioe los factores protectores (autoestima basada en valores humanos, disminución de la competitividad, apoyo a la expresión asertiva, etc.) en el ambiente de la paciente. Es preciso conservar los objetivos de la paciente, haciéndole observar lo erróneo de los medios que ha utilizado para conseguirlos, incrementar su sentido de eficacia y control, aceptando que no tienen que controlar, sino autocuidarse. Tan importante es la reorganización de los refuerzos como

las explicaciones teóricas que se le dan, necesita que se le escuche y comprenda (85).

La relación terapéutica no debería confundirse con una charla amigable ni sustituir la relación familiar. El tratamiento demanda del terapeuta establecer una cercanía emocional con la paciente y al mismo tiempo mantener la distancia suficiente para no perder su objetividad en la terapia (86). Este requisito impide que allegados o amigos puedan hacerse responsables de la terapia, aunque sí son colaboradores necesarios para implementar las intervenciones terapéuticas aconsejadas por los terapeutas.

1.5.3. Etapas y niveles de intervención terapéutica en función de la situación clínica del paciente

La intervención psicológica, mediada por la edad de los pacientes, precisa evaluar el nivel cognitivo que exige cada técnica y ajustarla a la edad de la paciente. En general, pueden utilizarse sin problemas en todas las etapas de la infancia y adolescencia: la planificación ambiental y la administración de refuerzos positivos, las diversas técnicas de manejo de estrés, la imaginación positiva, la reestructuración cognitiva, el modelado, la resolución de problemas, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, y la intención paradójica; mientras que aquellas técnicas que exigen la utilización de meta-cogniciones son más eficaces en pacientes adultas (65).

Igualmente, es necesario adecuar los contenidos terapéuticos en concordancia con la etapa de desarrollo de cada paciente (65):

- En la adolescencia temprana, pacientes entre 11-14 años, es fundamental incluir temas relacionados con la transformación corporal de la pubertad, el atractivo físico, las relaciones con los chico/as, el inicio del pensamiento divergente y el proceso de autonomía.
- En la adolescencia media, pacientes entre 14-16 años, el incremento de las relaciones con los iguales, las citas, las salidas, la toma de decisiones y la expresión de ideas personales.
- En la adolescencia tardía y en jóvenes adultos, etapa de mayor independencia física, escolar o laboral y emocional, se profundiza en las relaciones fuera de la familia, el inicio o mantenimiento de relaciones sentimentales e íntimas.
- Las pacientes adultas tienen que trabajar el proceso de maduración emocional y autonomía que han estado enmascarados por la comida.

- Las pacientes de larga evolución requieren un afrontamiento específico. En algunos casos muy crónicos, la ayuda debe realizarse con un formato de cuidados para incrementar la calidad de vida.

Fases del Tratamiento

De forma general, el tratamiento de los TCA comprende tres grandes fases: Cuidados, Autocuidados, y Prevención de recaídas.

Fase de Cuidados

En el tratamiento de la AN, la primera fase incluye la realización de los cuidados para su precario estado de salud y la recuperación del peso perdido hasta el mínimo saludable determinado por el médico facultativo y el nutricionista (87). Paralelamente, paciente y familia reciben información sobre el significado del trastorno y de sus síntomas. La familia recibe herramientas relacionales para ayudar a conseguir los objetivos médicos y nutricionales propuestos sin peleas ni castigos. El “mantra” que han de utilizar los allegados al paciente en estos momentos es “apoyo, colaboro y no me relaciono con los síntomas” (65).

En el tratamiento de la BN, la primera fase se inicia con el cuidado de los problemas físicos derivados de las conductas purgativas junto con la disminución del caos alimentario, ya que la reducción de atracones y vómitos no pueden lograrse si no se normalizan las pautas alimentarias. Paralelamente, es necesario proporcionar una rehabilitación nutricional del paciente y, en muchos casos, de la

familia. Igualmente, paciente y familia reciben información sobre el significado del trastorno y sus síntomas (88).

El tratamiento de los pacientes con Trastorno por Atracón, se inicia con una primera etapa de autoconocimiento y aceptación de la relación entre las pautas alimentarias patológicas (atracones, picoteo, comida excesiva durante las ingestas) y el afrontamiento cognitivo/emocional de las adversidades que les afligen (aunque aún no las identifiquen con claridad). No se piden cambios en el área alimentaria ya que, frecuentemente, las pacientes han intentado numerosas veces perder peso y reducir los atracones, sin que hayan conseguido resultados positivos. El autoconocimiento proporciona la información de qué dificultades les han impedido seguir las pautas nutricionales prescritas por el nutricionista para reducir su peso. Es una etapa que puede requerir varios meses de trabajo terapéutico sin cambios aparentes (65).

Fase de Autocuidados

La segunda fase procura el tránsito de los cuidados al autocuidado tanto físico como psicológico y la consolidación de dicho tránsito, donde el paciente aprende a responsabilizarse de reducir los síntomas de forma voluntaria y progresiva. Durante esta fase se tratan las alteraciones psicológicas tales como la baja autoestima, el miedo al descontrol, las dificultades de regulación emocional, la ausencia de resiliencia, las alteraciones de la imagen corporal y las dificultades interpersonales (89,57).

En el caso del tratamiento de la BN, la segunda fase incluye el tratamiento de las alteraciones psicológicas asociadas a la comida, tales como la ansiedad, el vacío y los cambios bruscos del estado de

ánimo, la mejoría de las relaciones interpersonales y familiares, y la reducción de la impulsividad (90,57).

En Trastorno por Atracón, una vez que paciente y terapeuta consideran que ya se ha preparado para el cambio, se inicia la segunda etapa de compromiso para la acción. El cambio debe ser muy gradual, con pequeñas metas que proporcionen al paciente algún éxito que permita mantener su implicación en el proceso terapéutico. Generalmente, la primera meta de acción es la normalización de las pautas alimentarias. Una vez que las pacientes consiguen establecer una pauta de comidas estructurada, las pacientes experimentan menos hambre y, por tanto, menos atracones (65).

Fase de Prevención de Recaídas

La tercera fase en la AN está dedicada a la recuperación a largo plazo junto con la prevención de recaídas. La intensidad del tratamiento se reduce y se preparan posibles situaciones estresantes que puedan llevar al deslizamiento hacia los síntomas y las recaídas (91).

En el caso de la BN, la tercera fase está dedicada a la estabilización de la mejoría a largo plazo junto con la prevención de recaídas. Se preparan posibles situaciones estresantes que puedan llevar a los síntomas, previniendo así las recaídas (92).

La tercera etapa en TA, como en el resto de las pacientes, se dedica a la prevención de recaídas (91,92).

1.5.4. Abordaje terapéutico

Un tratamiento requiere ampliar la capacidad de auto-conocimiento del paciente de tal manera que al observar y comprender el sentido de sus conductas, transforme su manera de definir y resolver sus problemas. Es un trabajo apasionante y difícil que precisa de la comprensión y el entendimiento del paciente y no de su obediencia. A través del proceso terapéutico la paciente toma conciencia de los pensamientos, emociones, miedos y necesidades personales, tanto positivos como negativos, integrándolos como componentes de su yo, que progresivamente maduro, emprende los cambios responsablemente (66).

Evaluación del paciente

La primera acción del tratamiento es evaluar el nivel de salud, el estado nutricional de la paciente, su capacidad de adherencia a las prescripciones médicas y la posibilidad de apoyo familiar en los diferentes niveles de cuidado, para establecer la modalidad de intervención más conveniente (internamiento, hospital de día, asistencia ambulatoria). En estos primeros momentos es fundamental conceptuar el trastorno a la paciente y a su familia, hacerles comprender su actual o potencial gravedad, suministrar información sobre la estructura y contenido del tratamiento y los posibles resultados de la intervención, además de plantearles la necesidad de un compromiso explícito en las tareas propuestas por el equipo (65).

Recuperación de salud y normalización de la comida

Modalidades terapéuticas según su intensidad

La transición entre los distintos niveles de cuidado debe hacerse de forma progresiva, sabiendo que se tiene acceso a niveles de cuidado más o menos intensos siempre que sea necesario.

Ingreso hospitalario

Si la paciente cumple criterios de ingreso (muy bajo peso, pérdida muy rápida de peso, desequilibrio electrolítico importante, rotura del esófago etc.), el internamiento tiene que proporcionar una estructura de seguridad que le permita recuperar su salud, adquirir un nivel nutricional básico y normalizar la ingesta. Conviene preparar a la paciente para el ingreso realizando una visita a la planta y definir sus objetivos, de forma que se aminoren las posibles distorsiones que tenga sobre él y se maximice su impacto terapéutico. Debido al estilo cognitivo extremado de la paciente es fundamental cuidar la forma en que se definen los objetivos pues puede facilitar o impedir su colaboración (66). La estabilización física y la normalización alimentaria son los objetivos prioritarios de la primera fase del tratamiento y no pueden ser obviados bajo ninguna condición, ya que la desnutrición o la malnutrición (reduciendo la capacidad de concentración mental y de abstracción) y la restricción o el caos alimentario (aumentando las obsesiones sobre la comida) interfieren con el funcionamiento cognitivo de las pacientes, impidiendo el tratamiento (93).

La consecución de estos objetivos se beneficia de la terapia conductual cuyos principios se utilizan para estructurar un ambiente

que proporcione refuerzos no punitivos (elogios, limitación del ejercicio físico, privilegios en el acceso a sus pertenencias y/o la movilidad en el centro) ligados a la ganancia de peso y a las conductas deseadas (eliminación de la restricción y el caos nutricional, disminución de las conductas purgativas y de la hiperactividad). El programa operante se establece en forma de compromiso terapéutico entre paciente-terapeuta-familia, y en él se especifican los refuerzos y el coste de respuesta que tendrán los comportamientos de la enferma. La mejor forma de realizar este contrato terapéutico es especificar los acontecimientos por escrito ya que elimina las discusiones de la paciente con el equipo responsable del ingreso (o con los padres si se realiza en la casa) y evita las intervenciones impulsivas o arbitrarias de terapeutas y familiares (94). La realización de un programa operante "flexible" es más eficiente que un programa "rígido", sin que sea necesario aislar a las pacientes, estas tienen que ser tratadas de forma empática y positiva, reforzando cualquier logro conseguido (65).

Dado que la mayoría de las pacientes, a causa del temor que les produce perder el control y el apego que tienen a su patología, presentan serios problemas de motivación al cambio, los terapeutas deberían utilizar conjuntamente con las técnicas conductuales, técnicas cognitivas que favorezcan el aumento de la motivación al cambio, entre ellas (65):

- Evaluar su estilo de vida (por ejemplo: si considera que su vida es saludable o no, si le gusta o disgusta la vida que lleva, si cree que necesita hacer ciertos cambios en sus hábitos).
- Conocer sus creencias acerca de la enfermedad y de la salud (muchas pacientes tienen grandes errores sobre su enfermedad y su tratamiento).

- Facilitar información referente a la necesidad de incrementar peso, regularizar la comida o realizar un ingreso (nivel nutricional bajo, un desequilibrio electrolítico u hormonal que afectan el estado de ánimo, distorsión de la percepción; que pueden poner en riesgo su vida).
- Explicar los beneficios de su recuperación, permitiendo que la paciente formule sus dudas acerca de lo explicado.
- Establecer un espacio de expresión de los resultados que desea del tratamiento de su enfermedad.
- Incluir a la paciente en la toma de decisiones acerca de cómo manejar su enfermedad.
- Reforzar sus decisiones.

Estas acciones implican que se destierre, para siempre, la concepción errónea de muchos terapeutas que creen que las pacientes no quieren ser tratadas. Ellas quieren ayuda a pesar de que su miedo a pasarse de peso o a los posibles atracones frenen su colaboración, la gran resistencia que muestran las pacientes a salir de la enfermedad y la negación que hacen de su patología, no significa que la paciente no quiera salir de donde está (66).

El intenso miedo que sienten las pacientes al descontrol les hace estar continuamente divididas: una parte de ellas quiere y otra parte no quiere salir del trastorno. La parte sana le dice que tiene que escuchar lo que le dice su familia y el terapeuta, la parte enferma le dice que no les escuche, que los demás le tienen envidia porque no son capaces de estar tan delgados como ella, que si les hace caso se va a poner "muy gorda" (95). Estas dos fuentes de bloqueo necesitarán ser tratadas de forma explícita en el tratamiento ya que, si en las primeras sesiones la paciente percibe el interés del terapeuta por prevenir el descontrol alimentario y el riesgo del exceso de peso, y se le explica la diferencia entre su hambre física y su

hambre emocional, la cooperación aumentará vertiginosamente. La aceptación de la comida produce un conjunto de emociones contradictorias y miedos, para los que la paciente necesita una ayuda psicológica especial (66).

La salida del ingreso requiere una preparación cognitiva (ensayo conductual) mediante la cual la paciente puede anticipar algunos de los sucesos que pueden provocar una recaída inmediata y preparar formas de respuesta adecuadas (65).

Hospitalización parcial/hospital de día

Si la paciente no cumple criterios de ingreso, la recuperación de su salud y la normalización de la alimentación se realizan de manera similar al programa establecido en el ingreso hospitalario, pero la responsabilidad de ponerlo en práctica es del equipo terapéutico y de la familia. La implementación de un programa de realimentación y estructuración alimentaria en la casa de la paciente exige que los terapeutas proporcionen a los padres la capacidad de asumir tal responsabilidad con un apoyo continuado (66).

Si la paciente es remitida a hospitalización parcial/hospital de día, generalmente realiza un tratamiento intensivo durante los días laborables de la semana, con un horario que incluya al menos dos comidas principales y un tentempié supervisados por algún miembro del equipo. Si son remitidas a tratamiento ambulatorio, la experiencia demuestra que únicamente es efectivo si es intensivo (diario, dos o tres veces en semana), al menos en los primeros meses del alta hospitalaria, y se mejora su eficacia si tiene la oportunidad de acudir a un comedor terapéutico a realizar una de las comidas principales (en anorexia la comida, si se trata de bulimia la cena) durante un

tiempo. Posteriormente, las consultas se van espaciando hasta llegar a ver a la paciente una vez en semana, cada quince días y finalmente realizar una intervención de prevención de recaídas, cuya frecuencia puede disminuir a una consulta cada mes y posteriormente una consulta a los seis meses o según la evolución (66).

El hospital de día proporciona unas ventajas evidentes (66):

- Facilita la transición entre el ingreso y el tratamiento ambulatorio sin perder los beneficios obtenidos y atenuando el riesgo de la puerta “giratoria” que fomenta las ideas de cronicidad y la desesperanza.
- Atenúa las posibilidades de regresión y dependencia de las pacientes al tener que cuidarse ellas mismas fuera del hospital, mientras se realiza el tratamiento intensivo.
- Proporciona la posibilidad de generalización de la normalización de la comida que las pacientes tienen que adquirir en el hospital.
- Las pacientes afrontan todos los días las áreas trastornadas: relaciones interpersonales, situación educativa y laboral, impulsividad.
- El aislamiento, que a menudo ha sido desarrollado por las pacientes debido a la necesidad de mantener en secreto sus pautas de comida, se alivia en el grupo al compartir lo que ha sido considerado por ellas como degradante y humillante. Además, compartir esas experiencias en grupo les ayuda a dejar de negar el trastorno disociándose.

En el tratamiento específico de la anorexia nerviosa, existe cierta diversidad de aplicación, dependiendo del grupo terapéutico que lo realiza, aunque en todos los grupos se incorpora a la familia como un

recurso fundamental del tratamiento (96). Unos grupos han integrado aspectos de la teoría de sistemas (realización de una comida en la consulta para observar de manera directa la forma de preparar, servir y relacionarse familia y paciente en esta situación) y la utilización de técnicas y principios conductuales tales como el desarrollo de habilidades en resolución de problemas o el uso de la intención paradójica para fomentar aspectos de individuación en la paciente, realizando el tratamiento en la casa (97). Otros apoyan a la familia sin incluir estos aspectos de tratamiento al conjunto familiar, pero potencian igualmente a los padres para poder apoyar y monitorizar parte de las comidas de la hija mientras ésta recibe un tratamiento intensivo en un hospital de día, centro de día o en régimen ambulatorio, en función del estado de gravedad de la paciente y de las capacidades que tengan los padres para cuidar a sus hijas (98). En el tratamiento de las pacientes bulímicas se aconseja realizar un tratamiento intensivo, bien en régimen de hospital de día o en régimen ambulatorio (99).

Terapias de grupo

Las terapias de grupo en hospital de día integran intervenciones terapéuticas biológicas, psicológicas y socio-culturales, durante un período de 6-12 meses y generalmente con un máximo de pacientes entre 12-20 al mismo tiempo. La forma predominante de hacerlo ha sido a través de grupos basados en los principios del modelo cognitivo-conductual (100). El tratamiento de grupo puede proporcionar un apoyo mientras se incrementa la fuerza necesaria para realizar intervenciones terapéuticas que impliquen una mayor confrontación y presión al cambio. Cada grupo se lleva al menos por dos miembros del equipo y todos los pacientes deben acudir a todos los grupos (66).

Los grupos se dividen en aquellos que tratan de forma directa las conductas y actitudes distorsionadas referentes a la comida y el peso, y aquellos que se enfocan a áreas más generales de disfunción. Las intervenciones socioculturales proporcionan consejo vocacional y la posibilidad tener acceso a recursos sociales, de forma que algunas pacientes vivan en sitios alternativos a sus familias de origen (66).

La rehabilitación nutricional se realiza a través de una dieta equilibrada que incorpora las comidas fóbicas, y se divide en tres comidas y dos tentempiés al día (dos de ellas realizadas en el hospital de día). El equipo debe compartir la responsabilidad de supervisar las comidas, resaltando la importancia terapéutica de la comida normal. Esto exige un gran esfuerzo, especialmente cuando se les enfrenta a las comidas fóbicas, la eliminación de los rituales alimentarios, la normalización de las conductas alimentarias y tolerar los impulsos a restringir, atracarse y purgarse. Esta experiencia tan intensa se contiene por la aplicación de una manera consistente, de las normas y reglas de la alimentación. Las pacientes comentan sus experiencias con la comida, sus reacciones emocionales hacia ésta y practican estrategias de afrontamiento para prevenir la restricción o los atracones durante las horas en que deben comer sin supervisión. El aprendizaje durante el tiempo de las comidas, se realiza mediante modelado (66).

Aunque existen numerosos grupos, destacamos algunos de los más importantes (66):

- Grupo de peso: los pacientes expresan sus preocupaciones sobre el peso, su aprensión a ser pesadas, y las conductas alimentarias antes de ser pesadas. Se les debe pesar de forma

individual y anotar su peso en una gráfica que se comienza desde el primer día en el que entra en el tratamiento. Es fundamental discutir los sentimientos sobre los cambios que se están produciendo. Las pacientes suelen sorprenderse de lo poco fiables que son sus estimaciones sobre el cambio del peso.

- Grupo de actitudes hacia la comida: informa sobre los aspectos fundamentales de los trastornos alimentarios. Los temas incluyen los efectos fisiológicos del ayuno, la teoría del “set-point”, los efectos de las conductas purgativas, las medicaciones para los trastornos alimentarios, las estrategias del cambio conductual, las influencias culturales y los trastornos alimentarios, las cogniciones asociadas a los trastornos alimentarios y el abuso de alcohol y otras drogas.
- Grupo de asertividad: utiliza role-playing, ensayo conductual y escritura de diálogos para facilitar el proceso de aprendizaje de la conducta asertiva. Se trata de apoyar un cambio en la comunicación interpersonal, que desarrolle un mayor sentido de autocontrol, responsabilidad personal y capacidad. También se tratan las dificultades en expresar los afectos negativos y saber poner límites, son dos de los déficits más comunes, y mediante modelado, se incluyen situaciones que tienen que ver con los temas alimentarios (rechazar una segunda ración de comida, resistir la presión para beber alcohol, o defenderse de comentarios inconvenientes, etc.).
- Grupo de terapia creativa: proporciona a las pacientes un espacio de expresión no verbal. Se utilizan diferentes medios para manejarse con los diversos estados o experiencias afectivas, el grupo explora formas alternativas de auto-expresión. Se debe dar información e instrucciones sobre técnicas en artes plásticas y musicales, invitando a las pacientes a que prueben con las técnicas que se les ha

proporcionado. Después de introducirles en los métodos disponibles, los pacientes trabajan de forma independiente durante algún tiempo y luego se pone en común la experiencia y se discute lo que ha ocurrido en el trabajo creativo. La Dra. Calvo emplea un taller de pintura al agua: utilizando el color y el agua como vehículo de la emoción, permite diluir las emociones negativas y aligerar la carga emocional que soportan las pacientes. Basado en un programa utilizado originariamente para las personas sin techo, se vale del cuento de Juan sin miedo (sin miedo a las emociones), y del color como juego y disfrute.

- Grupo de tiempo libre: ayuda a planificar el tiempo fuera del hospital de día. Los planes para el fin de semana se tratan los viernes y se llevan al grupo el lunes por la mañana. Estos planes ayudan a mantener la estructura del programa, las normas, y los objetivos durante las horas en que no están en el programa. Se ayuda a cada paciente en el grupo a realizar planes que maximicen las posibilidades de comer de forma normal. El apoyo del grupo permite a las pacientes realizar cambios conductuales importantes en su medio, a pesar del poco apoyo que puedan recibir fuera del programa.
- Grupo de despedida: cada paciente tiene su grupo especial de despedida cuando termina su tratamiento y permite modelar estrategias adecuadas para el alta de los otros pacientes. Debe realizarse la conexión con el equipo de tratamiento ambulatorio para no perder los beneficios adquiridos, realizando un programa de transición (por ejemplo, 3 sesiones de grupo semanales durante los tres meses posteriores del programa intensivo y un mes en el que realice de forma simultánea un grupo en el hospital de día y el inicio del tratamiento ambulatorio).

Los programas de tratamiento de día pueden proporcionar una estructura alrededor de las comidas y a la vez una terapia intensiva, sin que el paciente se aísle totalmente del apoyo y los retos que tiene en su medio habitual. El programa de hospital de día organizado según el Modelo "La Paz" (64) fue implementado en el Hospital de Santa Cristina de Madrid en Marzo de 2006 por la Dra. Rosa Calvo Sagardoy, debido a problemas de espacio en el Hospital Universitario La Paz. En consideración al hospital que permitió implementar un programa de tratamiento tan novedoso, esta variante de hospital de día se llamó "Modelo Santa Cristina", siendo, no obstante su denominación, una intervención parcial del Modelo global (64). La autora puso en marcha y dirigió el Hospital durante 6 años, transcurridos los cuales y debido a que el Modelo se había asentado suficientemente y demostrado su éxito terapéutico con todo rango de pacientes TCA, volvió a su Hospital de referencia donde se ha realizado el programa de tratamiento intensivo ambulatorio tanto en adolescentes como en pacientes adultas de larga evolución, gracias a su colaboración se ha podido llevar a cabo este proyecto de tesis doctoral.

Tratamiento ambulatorio intensivo: el comedor terapéutico

La organización de estos programas de tratamiento intensivo requiere intervenciones terapéuticas específicas con un abordaje multidisciplinar realizado por los diversos especialistas que atienden los aspectos físicos, psíquicos y sociales del trastorno. Dependiendo de la gravedad del paciente y del momento del proceso de recuperación tienen que ser llevados a cabo de forma ambulatoria e intensiva, acompañados de un comedor terapéutico. Este formato de intervención reduce la necesidad de ingreso hospitalario e

incrementan la posibilidad de mejoría en el ambiente habitual del paciente (66).

Por ello, aunque los TCA necesitan tratamiento para las alteraciones perceptivas (distorsión de la imagen corporal), cognitivas (procesamiento central limitado, dificultades de concentración), emocionales (dificultades de reconocimiento y expresión de emociones), familiares (amalgamiento y pérdida de identidad personal o negligencia), y sociales (pérdida escolar, laboral y de la red social), los síntomas alimentarios (restricción, atracones) precisan un abordaje directo en el proceso de recuperación (65). El espacio por excelencia para lograr este abordaje directo es el comedor terapéutico.

La dispensa de las calorías emocionales

El comedor terapéutico se engloba dentro del programa integral de los TCA, con el objetivo de reestablecer el equilibrio nutricional perdido, adquirir hábitos dietéticos saludables, volver a restituir la comida social, al tiempo que se eliminan los mitos y las falsas creencias sobre la alimentación de las pacientes que contribuyen al mantenimiento de la patología alimentaria (65). Su propósito fundamental es la normalización de las comidas en tiempo, lugar, cantidad, periodicidad, duración y sociabilidad. La comida se convierte en una fuente de salud y el comedor en un espacio de socialización (66).

Por otra parte, el comedor terapéutico es una de las mejores formas de rehabilitación dietética ya que facilita el compromiso activo de la paciente en el proceso de su recuperación: le da estabilidad, seguridad y protección. El grupo actúa como un factor de apoyo

mutuo entre pacientes ya que se animan unas a otras en los momentos más difíciles del tratamiento: enfrentarse a los alimentos. Al enfrentarse a la comida se les olvidan todos los buenos propósitos y los compromisos realizados en la consulta con el equipo. Comer en presencia de las otras compañeras con idénticas dificultades les permite superar mejor esta situación tan estresante (66).

Además, las pacientes aprenden qué es comer “normal” en cantidad, variedad y combinación de alimentos, en tiempo (duración de la comida), ritmos (realización de 5 ingestas al día) y en la forma de alimentarse. De la misma forma, aprenden a discriminar perfectamente qué ingesta es la “enferma”: (dividir la comida en trozos muy pequeños, desmenuzar los alimentos alrededor del plato, secarlos con servilletas para quitar las grasas, escupir la comida, añadir especias y sal en demasía, hacer comentarios negativos sobre los alimentos o sus posibles consecuencias en el peso), y qué tipo de ingesta es adecuada (65).

Junto a estos beneficios, el comedor terapéutico reduce la tasa y duración de los ingresos hospitalarios, ya que el control de la alimentación permite ampliar el margen de peso límite para realizar un ingreso, dar el alta sin haber alcanzado el objetivo de peso saludable, al tiempo que evita el retroceso respecto a dicho objetivo (66).

Partiendo de la premisa de “no obligar” a comer, pues ello genera más rechazo hacia la comida, el comedor ofrece a las pacientes que acuden diariamente, un menú específico, elaborado bajo el asesoramiento de su especialista en nutrición responsable, en un ambiente adecuado para la reeducación alimentaria, bajo la supervisión de una enfermera especialista o auxiliar de enfermería

que dan orientación y apoyo. Asimismo, después de la comida, las pacientes guardan una hora de reposo donde, con la ayuda de su psicoterapeuta, realizan una terapia de grupo enfocada a reducir la ansiedad y dificultades generadas por el hecho de comer (miedo a engordar, enfrentarse a alimentos nuevos, cantidades, velocidad, mitos alimentarios, etc.). Paralelamente se trabajan aspectos emocionales como la autoestima, la ansiedad, la impulsividad y las dificultades interpersonales. Este espacio permite reducir los comportamientos purgativos y el ejercicio excesivo, aspectos patológicos enormemente dañinos. El comedor, está especialmente indicado para personas que no tienen quien les ayude en casa a conseguir la ingesta adecuada, tienen dificultades emocionales asociadas a la gordura, trabajan y comen fuera de casa, o presentan gran descontrol en la ingesta (66).

El fin último es ofrecer a las pacientes un plan de tratamiento integral con la participación de médicos, psiquiatras, psicólogos, nutricionistas y personal de enfermería, con el fin de promover la recuperación y autonomía, ofreciéndoles las garantías suficientes para poder desarrollar un proyecto personal de vida sin el trastorno alimentario.

Tratamiento de los comportamientos patológicos (síntomas conductuales del TCA)

Desequilibrio alimentario

Restricción alimentaria

En todos los grupos se realiza una monitorización del nivel nutricional de la paciente anoréxica y se insta a la realización de una comida equilibrada que permita recuperar el peso perdido y corregir la malnutrición producida por la evitación de ciertos alimentos “prohibidos” que la paciente se niega a comer. En el caso de la paciente bulímica (y de las pacientes anoréxicas purgativas) necesitan superar su caos alimentario y los desequilibrios electrolíticos debidos a sus conductas purgativas (101).

Ser consciente de los comportamientos inadecuados y participar responsablemente en su cambio exige no solo observar las cantidades o clases de comidas que se come, lo que se vomita o las flexiones que se hacen, sino también llegar a conocer las razones por las que estos comportamientos se realizan (65).

El método fundamental para conseguir esta información fiable es su autorregistro, puesto que la memoria de los hechos, aumenta el riesgo de los falsos recuerdos. Algunos terapeutas piden el registro de los comportamientos patológicos en forma de diario. Aunque son útiles y proporcionan numerosa información, tendrían que completarse con hojas de registro estructuradas que permitan la observación visual inmediata de las conexiones de los comportamientos con las circunstancias externas e internas de la paciente. Los registros iniciales deben ser sencillos, sin demasiada

información que los haga inmanejables. Se debe empezar por aquellos comportamientos que el médico considere más urgentes a cambiar o por aquellos que la paciente acepte cambiar, siempre y cuando su salud permita mantener su decisión. Esta labor la realiza el nutricionista del equipo en colaboración con la paciente y, aun cuando el objetivo final sea conseguir que la paciente normalice su comida, se puede, en un principio, aconsejar una dieta estructurada, utilizando siempre los principios del aprendizaje por moldeamiento (pedir objetivos escalonados y progresivos en los que exista alguna probabilidad de éxito, hasta conseguir el objetivo final) (65).

Figura 2. Pautas alimentarias para recuperar estado de salud en pacientes TCA (65).

Pautas Alimentarias:

Tus pautas deben ser prioritarias a otras actividades:

Delimita tu ingesta a 3 o 4 comidas planificadas al día, más uno o dos tentempiés.

Procura que no haya un intervalo superior a 3 horas entre comidas.

Entre estos períodos debes hacer un gran esfuerzo para evitar comer.

No debes omitir ninguna comida o tentempié a pesar de las circunstancias.

Si el día es impredecible, planifica el mayor número posible de comidas.

Si cambias de actividad cada día, adapta la planificación para cumplir los objetivos.

Organiza las comidas, incluso los fines de semana.

La dieta estructurada (Figura 2) ayuda a un gran número de pacientes en las etapas iniciales e intermedias del trastorno porque la estructura les proporciona seguridad. Posteriormente este nivel de

estructuración irá disminuyendo y la paciente incorporará en su dieta los alimentos de la comida familiar (101). Sin embargo, ciertas pacientes anoréxicas presentan un trastorno tan grave, una obsesión tan extremada y un miedo a perder el control tan insuperable, que les impiden la aceptación de una comida normal. En estas circunstancias, y con objeto de ayudar a conseguir una ingestión mínima de alimentos, se puede mantener una dieta estructurada y repetitiva durante todo el tratamiento, o quizás para siempre (66).

Cuando el miedo a comer es muy grande y la paciente tiene que recuperar un peso de seguridad, la alimentación se complementa con suplementos alimentarios y en algunas pacientes extremadamente graves o resistentes se les realimenta por sonda (101). Estas acciones la paciente las acepta cuando se le explica adecuadamente y no cuando parecen ser un castigo por no comer. Ninguna teoría de aprendizaje postula que si una paciente no come tiene que ser amenazada con la sonda, al igual que ningún médico le pone a un diabético insulina porque no hace bien su régimen. En ambos casos, la utilización de medios para compensar su salud viene determinada por sus necesidades físicas y no por sus comportamientos (65).

Durante esta etapa de cuidados y recuperación física, es preceptivo aconsejar a los padres no dejar en manos de la paciente ninguna decisión sobre la comida e impedirle el acceso a la cocina, de forma que no pueda ejercer un control sobre la cantidad ni la forma de preparar los alimentos, que ya han sido previamente pactados con el médico. Tampoco puede encargarse de controlar los alimentos de la casa, planificar las compras, ir a comprar, cocinar para todos o para algún miembro de la familia, hacer tartas y postres, ni sustituir a la madre en las tareas domésticas. Todas estas actividades no son producto de su "bondad" o entrega, sino de las obsesiones que produce la restricción alimentaria. Posteriormente, puede ayudar a su

madre tal como lo hace cualquier otro hijo/a que no tenga el trastorno. Además, es necesario enseñarle que la utilización de promesas sobre posibles beneficios por comer o subir de peso, que algunos equiparan erróneamente a refuerzos positivos, potencian el miedo de la paciente a engordar, ya que no se le está enseñando a comer estructuradamente mientras surgen sus señales de saciedad, sino a hacerlo de forma contingente a las arbitrariedades del que pone los objetivos (65,66).

La información que relaciona la restricción alimentaria o comida excesiva con aspectos psicológicos y relacionales recabada con los autorregistros, permite a paciente y terapeuta observar las situaciones problemáticas y les sugieren la trayectoria que debe seguir el tratamiento. Paciente y familia podrán observar que los trastornos alimentarios son formas de afrontamiento de los problemas emocionales y relacionales, y que los hábitos alimentarios inadecuados (dietas, caos, atracones), el ejercicio excesivo y las conductas purgativas (vómitos, laxantes, diuréticos) tienen su propio proceso de retroalimentación y necesitan ser tratadas de forma directa para aminorar el riesgo que comportan para la salud (65).

Atracones

Este trabajo se realiza tanto en sesiones individuales como grupales. Los grupos más frecuentes realizados durante el ingreso incluyen un formato psicoeducativo en el que se proporciona información sobre nutrición y alimentos, desarrollo de la enfermedad, la teoría del punto de ajuste del peso corporal, las consecuencias físicas de los atracones y las conductas purgativas, la ineficacia de la purgación como medio de perder peso y los aspectos adversos de las dietas (102).

Los atracones, bien aparezcan en el transcurso de una anorexia o los realice una paciente bulímica se tratan mediante dos tipos de acciones: unas terapéuticas y otras paliativas. En el primer caso, se pide a la paciente que realice un análisis funcional mediante la observación y registro de sus pautas alimentarias y de las cogniciones asociadas: estímulos antecedentes (tales como la presencia de ciertos alimentos, lugares y/o situaciones estresantes -cansancio, ansiedad, ánimo depresivo, aburrimiento, soledad o melancolía al atardecer-), y consecuencias reforzantes (como el alivio del malestar físico y psíquico) (103). Esta identificación permite a la paciente considerar el trastorno como algo situacional que depende de determinados acontecimientos y no como un suceso impulsivo sobre el que no puede ejercer ninguna influencia (66). Una vez recabada esta información idiosincrásica, el terapeuta inicia la enseñanza de respuestas alternativas, especialmente la disminución del malestar interior y el entrenamiento en resolución de problemas (104).

En tanto estas técnicas terapéuticas dan sus frutos, se puede ayudar a la paciente con técnicas conductuales paliativas (Figura 3). La más empleada ha sido el control de estimular, utilizado para atenuar la influencia de los estímulos que desencadenan el atracón. Su finalidad es conseguir que la paciente logre comer únicamente en lugares y situaciones apropiadas. Para ello se le ayuda a planificar actividades agradables que puedan servir de alternativa al atracón o al menos aminorar su intensidad. En los momentos de mayor impulsividad y deseo de comer se aconseja buscar la compañía de personas allegadas y/o salir de casa para realizar una actividad, sin llevar dinero, ya que son situaciones estimulares que interfieren con el atracón (65).

Figura 3. Control estimular y conductas alternativas para reducir/eliminar los atracones (65).

Control estimular

No hacer otras actividades mientras comes, tanto la comida normal como el atracón.

Circunscribir la comida a una sola habitación de la casa.

Limitar la cantidad de comida disponible mientras estás comiendo.

Practicar el dejar comida en el plato.

Tirar las sobras.

Tener en casa limitada la comida "peligrosa".

Planificar las compras.

Comprar cuando no tengas hambre.

Comprar comidas que necesiten preparación.

Llevar el menor dinero posible.

Conductas alternativas

Realizar una lista de conductas placenteras. Estas actividades deben servirte para ocupar el tiempo entre las comidas y manejar las situaciones en las que te sientas llena o "gorda".

Evitar las situaciones conflictivas y realizar actividades que sean incompatibles con comer, por ejemplo, hablar por teléfono, salir, tomar un baño, hacer ejercicio, etc.

Otra técnica conductual es el afrontamiento directo de los atracones, mediante las técnicas de exposición y prevención de respuesta. Para realizar esta técnica se expone a la paciente a los alimentos que ella considera peligrosos: los tiene que tocar, oler, probar, pero no comerlos, de forma que se prevenga la resolución de su impulso a comer mediante la ingesta, hasta que la ansiedad

descienda (105). Esta intervención se realiza primeramente en la consulta durante un tiempo (4-5 sesiones) y posteriormente se generaliza al medio natural de la paciente, exponiéndose en casa, primero acompañada de un familiar con el que se sienta cómoda y luego ella sola. Esto permite a la paciente comprobar que es capaz de enfrentarse a la comida sin descontrolar (66).

Es igualmente una técnica conductual el afrontamiento de los atracones utilizando la demora que reduzcan su intensidad (Figura 4). La paciente debe aceptar que se va a dar el atracón y tiene que ponerse delante todos los alimentos que va a comer. Tiene que comer sentada, evitando la comida rápida a pie de nevera. Además, el atracón debe realizarse abiertamente delante de algún familiar. Conviene que al comer utilice estrategias de división y demora de la ingesta: comer despacio, dividir lo que se va a comer en porciones pequeñas, introducir un mínimo de tiempo entre porción y porción, alargar este tiempo progresivamente realizando alguna actividad (llamar a un amigo, hacer la cama, tomar un baño, eliminar el sabor de la comida mediante el cepillado de los dientes entre bocado y bocado, observar qué pensamientos y sensaciones le impulsan a seguir) hasta conseguir demorar el siguiente bocado durante 20 minutos. Ocasionalmente, la paciente notará que después de este periodo aparece la sensación de saciedad y tiene menos ganas de comer. Esta demora no puede hacerse con la intención de controlar el atracón, pues entonces el mecanismo no funciona. Si el deseo pasa y el atracón se controla, bien; pero si no sucede, el hecho de comer de forma más espaciada es menos peligroso para la salud ya que previene una eventual distensión abdominal (65,106).

Figura 4. Aceptar el atracón y espaciar la comida como estrategia de afrontamiento para reducir/eliminar los atracones (65).

Aceptar el atracón

Comer con plena conciencia, poniendo delante todos los alimentos que te vas a comer.

Realizar el atracón abiertamente delante de algún familiar.

Comer sentada y con mantel, evitando la comida rápida a pie de nevera.

Espaciar la comida

Descender la rapidez con la que comes, mediante pausas en las que dejes los cubiertos apoyados en la mesa.

Dividir todo lo que te vas a comer en porciones pequeñas.

Tomar menos cantidad de alimento en cada bocado.

No beber mucha cantidad de agua que incrementa la sensación de plenitud.

Eliminar el sabor de la comida mediante el enjuagado de los dientes entre bocado y bocado.

La paciente no debe ser castigada por tener atracones, ni establecer una relación a través de ellos, pero sí tiene que responsabilizarse de reponer los gastos derivados de su comida excesiva y aprender las consecuencias de sus acciones. Dado que la mayoría de las adolescentes no trabajan, el pago puede cobrarse reteniendo su asignación semanal o mediante la realización de tareas domésticas alternativas. A ser posible, en vez de pagar con dinero o con actividades, responsabilizarse de reponer los productos consumidos para evitar cargar de trabajo a la persona encargada de las compras (65).

Otros

Conductas purgativas

De cara a las conductas purgativas es necesario realizar un análisis funcional de las mismas mediante la observación y registro de los vómitos, la toma de laxantes y/o diuréticos, y de sus cogniciones asociadas, que permitan unas acciones terapéuticas adaptadas a la idiosincrasia del trastorno de cada paciente (103). Este conocimiento lleva a la identificación de los estímulos antecedentes de las conductas purgativas (vómitos, laxantes, diuréticos), tales como la sensación de gordura por la comida ingerida y/o la existencia de experiencias psíquicas negativas, el sometimiento a los demás, la agresividad encubierta o el aprovechamiento de las situaciones ya que, al producir tensión, la mente distorsionada de la paciente las tiende a percibir como gordura corporal (66,107).

Además, permite la observación de las consecuencias inmediatas que mantienen las purgas tales como la eliminación de la grasa y el peso excesivo, la obtención de una sensación de limpieza, la pureza, la ligereza, la relajación, la atención, el castigo a las figuras de autoridad y/o el auto-castigo por los excesos cometidos. Y finalmente, sería preciso iniciar soluciones alternativas para obtener las mismas consecuencias deseadas, a través de conductas positivas (104).

Debido a la premura en aminorar la frecuencia de las conductas purgativas y en tanto empieza a dar resultados el tratamiento de los aspectos fóbicos y emocionales del trastorno, es necesario afrontar directamente los vómitos mediante técnicas conductuales, en especial utilizando la exposición y prevención de respuesta. El método requiere exponer a la paciente a las comidas prohibidas y permitirle

que coma todo lo que desea hasta que tenga deseos de vomitar. Una vez surge el impulso al vómito, se previene la acción de vomitar hasta que el deseo ha pasado. Como en el caso de la prevención de los atracones, las sesiones deben realizarse primeramente en la consulta con la supervisión del terapeuta y, posteriormente, llevarse a cabo en su medio habitual para generalizar sus efectos (2).

Es igualmente conveniente el afrontamiento directo de los vómitos mediante acciones paliativas. Las pacientes pueden ayudarse de la siguiente manera: reemplazar el vómito por un ejercicio físico suficiente, pero no excesivo, para que las sensaciones y pensamientos adversos disminuyan. Para facilitar su realización se aconseja un cambio en la cadena estimular que lleva al vómito, por ejemplo: se les pide que coman ya con las zapatillas de deporte puestas pues tener que cambiarse después de comer puede impedir la salida (66). El descenso de laxantes se facilita mediante la prescripción de alimentos ricos en fibra y la realización continuada de masajes en el abdomen y en la zona refleja de manos y pies (108). Además, puede ser necesario realizar una desensibilización a las sensaciones de gordura y una reestructuración cognitiva de la idea acerca de la imposibilidad de restaurar los mecanismos biológicos que regulan la evacuación (109).

De forma paralela, la paciente tiene que responsabilizarse de los gastos y las molestias que ocasionan sus conductas purgativas. Tiene que pagar el exceso de agua consumida al usar tan frecuentemente el baño y limpiar todo lo que ensucia (65).

Ejercicio físico excesivo

Dados los perjuicios que acarrea la hiperactividad y el ejercicio físico excesivo, el tratamiento tiene que incluir acciones específicas para equilibrar la cantidad de ejercicio físico y de actividades que se le permite realizar a la paciente. Para conseguirlo, se utiliza nuevamente un formato de aproximaciones sucesivas, hasta lograr un ejercicio físico ajustado a su nivel de salud y una moderación en sus actividades. En ocasiones el ejercicio físico se utiliza como incentivo para recuperar el peso y se hace contingente a la consecución de los objetivos propuestos por el médico (65).

Aspectos cognitivos y emocionales

La normalización alimentaria, obtenida mediante el establecimiento de unos hábitos alimentarios sanos, y la eliminación de las conductas purgativas, necesitan apoyarse en un cambio de mentalidad de las pacientes para que sus efectos se estabilicen. Estas intervenciones terapéuticas componen la parte más importante del tratamiento psicológico y familiar (66). Es necesario realizar múltiples intervenciones: reestructuración cognitiva que incida en la importancia de eliminar las dietas, corregir la distorsión cognitiva que lleva a clasificar los alimentos en “engordantes” y “no engordantes”, y disminuir la importancia de la apariencia corporal en el establecimiento de la autoestima (57).

Reestructuración del estilo cognitivo

El modelo cognitivo establece que los procesos cognitivos y emocionales influyen en el comportamiento de tal manera que lo que la persona piensa y siente, determina su conducta. Por ello, el tratamiento obliga a un cambio en la forma de pensar, perfeccionista y extremada, de la paciente y de su familia (110). Es necesario que descubra su estilo cognitivo mediante la observación de los pensamientos, creencias y valores que subyacen y mantienen el trastorno e inicie el cambio de ese pensamiento dicotómico, “todo-nada”, que le impide establecer medida en su vida (Figura 5) (111). Durante el trastorno, su mente dividida entre dos polos que luchan entre sí necesita integrarse (66).

Figura 5. Ejemplos de voz negativa y positiva (65).

Voz negativa

Si comes te vas a poner como una foca.

Tienes que ser fuerte y seguir en tus trece de no comer.

Si cedes perderás el control, si pierdes el control, la "cagas".

Haz todo bien esta semana para que no te ingresen y la próxima semana adelgazaras lo que engordaste.

Te ha costado mucho llegar al peso en que estás, no cedas bajo ningún concepto.

Ya no se te notan los huesos, ino sigas por ese camino!

Voz positiva

Tienes que decir "ya basta" y cambiar de actitud.

Fíate de la terapeuta y no te fíes de tus ideas.

Piensa en los que te rodean y el daño que les hace verte mal.

Si comes, disminuyes la posibilidad de tener atracones.

Dale una oportunidad a tu lado positivo, si no te convence siempre podrás volver atrás.

El terapeuta tiene que comprender, en primer lugar, las razones por las que la paciente tiene esa voz negativa y buscar, junto con ella, respuestas alternativas sanas. En segundo lugar, tiene que ayudar a que la voz positiva aumente su fuerza. Para ello, algunos terapeutas piden a la paciente que comparta con sus familiares la tarea de buscar pensamientos positivos que dominen a la parte negativa que trata de imponerse. En los momentos difíciles, se le recuerda que utilice lo que le dijo la parte positiva en la última sesión y no haga caso a la parte negativa. Si esta parte se hace oír, le será muy difícil mantener los buenos propósitos (65).

Integrar su mente dividida

Integración entre el “yo sano” y el “yo enfermo”, permite que esta división no interfiera con el proceso terapéutico, pues los buenos propósitos realizados en las sesiones se desvanecen en casa cuando la parte negativa ataca (41). Aunque la parte enferma domine a la parte sana, que es más débil, esta parte buena existe en cada paciente. La terapia tiene que ayudar a que esa parte sana se fortalezca y prevalezca sobre la parte enferma, aumentando su volumen y/o dialogando con la parte enferma para comprender sus razones y buscar soluciones alternativas (65).

Dialogar con el trastorno ayuda a la paciente a descubrir lo que le está pasando en su interior y le hace tomar conciencia de ello, le permite descubrir lo que está tratando de decir, cuáles son sus deseos y como conseguirlos de forma positiva. Estos diálogos pueden escribirse (terapia narrativa) y posteriormente analizar su significado, en la consulta, junto con los sentimientos asociados. El fin último es integrar ese “yo anoréxico o bulímico” en la estructura total de su personalidad de forma que no actúe de forma inconsciente y no opere en contra de los intereses y la salud de la paciente (65,66).

Una vez identificadas las cogniciones erróneas, la paciente tiene que anotarlas en forma de frases concretas y evaluar la evidencia a favor y en contra de estos pensamientos, generalmente se realiza el escrito en un estilo socrático que le permita desenvolver su capacidad de reflexión y análisis. Posteriormente, tiene que buscar o generar por ella misma explicaciones alternativas, por ejemplo: ¿realmente estoy consiguiendo más cariño por lo delgada que estoy? (65).

Equilibrar las cogniciones de la paciente

Al mismo tiempo que se trabaja para integrar la mente, el terapeuta tendrá que enseñar a la paciente a entender y descender los pensamientos negativos ya que son parte esencial de las conductas patológicas. Ella tiene que aprender que el pensamiento negativo elimina la confianza en uno mismo, promueve sentimientos de culpa, vergüenza y fracaso, y destruye la motivación a seguir. La paciente que lo sufre, se pone metas perfectas cuyo mínimo fallo en conseguirlas, interpreta como fracaso global, y le induce a la destrucción de su yo, aniquilando su autoestima. Autoestima que, en este caso, depende de su supuesta "capacidad" para salir vencedora de las comparaciones que realiza con los otros, y no del aprecio de sus valores o cualidades interiores. El pensamiento "todo-nada" le lleva al fracaso constante en el proceso terapéutico. Y sentirse fracasada, conduce directamente a la pérdida de motivación (65).

Las pacientes se benefician de tomar conciencia de sus pensamientos concretos, descubrir por qué han desarrollado esa forma de pensar que les produce tal sensación de inutilidad, incompetencia y culpabilidad, y de entrenarse en cambiarlos (66).

La importancia de los pensamientos positivos

El terapeuta tiene que transmitir a la paciente que los pensamientos positivos son parte esencial del proceso de recuperación. Es un pensamiento que facilita la adquisición de metas sanas y aumenta la probabilidad de obtener una cierta satisfacción y autoestima en la vida (112).

La persona que goza de un pensamiento positivo es flexible y acepta sus límites sin descalificarse, se pone siempre de su parte y se ayuda sugiriéndose alternativas para mejorar, encauza sus acciones para conseguir pequeñas metas progresivas, se refuerza cualquier logro obtenido, resalta sus puntos fuertes y trata de sentirse bien, sin infravalorarse, considera el fallo como una experiencia de aprendizaje y asume los sentimientos dolorosos aflorados al afrontar el error (65).

La paciente puede utilizar afirmaciones positivas para aumentar su estilo de pensamiento positivo. Son frases concretas acerca de las cualidades que uno quiere desenvolver, aunque en el momento actual, todavía no están presentes. Leídas y expresadas en alta voz, varias veces al día, durante varios días, empiezan a hacerse realidad. En ocasiones, este trabajo con los pensamientos de la paciente se dificulta porque ella los ve muy artificiales, la práctica le llevará a percibir que los pensamientos se han convertido en realidad (66).

Identificación y expresión de emociones

Las pacientes anoréxicas o bulímicas tienen de base problemas emocionales. El problema alimentario puede considerarse como una “envoltura” que encubre unas emociones que les atemorizan, y aminora el dolor emocional de su interior. Por ello, sentir y expresar emociones, será una parte esencial de las tareas terapéuticas necesarias para situar la comida en su sitio (107). La mejor técnica para tomar conciencia de los sentimientos asociados a los comportamientos alimentarios patológicos es sentarse cómodamente (en el momento que se sienta la necesidad de no comer lo que se necesita, comer sin hambre, vomitar, hacer flexiones compulsivamente, etc.), respirar varias veces, y observar hasta percibir toda la cadena de acontecimientos que han llevado al sentimiento último, el desencadenante de la conducta alimentaria negativa (113).

Necesitan experimentar que la emoción tiene un pico de intensidad extrema y luego tiende a remitir, hasta su extinción. Después, se le puede poner palabras, describirla sin calificarla de buena o mala, comprenderla y enfocar la meta hacia la búsqueda de soluciones del problema que ha motivado la emoción (114).

En los primeros momentos de la recuperación de su mundo emocional, la paciente puede expresar sus emociones de manera extremada y le costará un cierto tiempo equilibrarlas. La comprensión de sus seres queridos le ayudará en ese proceso. Algunos terapeutas sugieren escribir una carta a aquellas personas de su pasado a las que les querrían haber dicho como se sentían ante ciertas situaciones que no resolvieron abiertamente. Es importante ser concreto al describir los sentimientos y expresar lo que hubiera querido que pasara: que le apoyaran, se dieran cuenta de su sufrimiento, le

hubieran escuchado, le hubieran dejado llorar, le hubiera defendido (65).

Cuando no se tiene con quien compartir los sentimientos, puesto que a veces los otros están aún más desasistidos emocionalmente, o simplemente se quiere uno hacer cargo de sí mismo, se pueden realizar algunos ejercicios de imaginación positiva para ir sustituyendo la comida con los sentimientos de amor que la paciente necesita. Se visualiza el afecto con una forma simbólica (por ejemplo una nube dorada) y se llena las manos de ese amor que se dirige al centro del pecho. Una vez puestas las manos en esa zona, el amor simbolizado va introduciéndose y distendiendo la opresión y la ansiedad. Los pensamientos asociados requieren que se dirija a sí mismo con afecto, diciéndose que se ama y es una persona valiosa (65).

Es, igualmente, fundamental que la paciente trabaje en disminuir sus sentimientos de vergüenza y autocrítica e incremente su aceptación: mediante role-playing y ensayo conductual, tendrá que aprender a quejarse, expresar frustración, rabia, felicidad (115). Y, posteriormente, aprender a vivir el presente y encontrar su espiritualidad, creatividad, la magnificencia que hay dentro de ella. Es muy conveniente facilitar el manejo emocional a través de un proceso de aprendizaje corporal y la vivencia de experiencias de relajación y arte (65).

Tomar conciencia de lo que uno siente en la actualidad, recordar emociones del pasado, escribirlas, establecer las asociaciones que estas tienen con las conductas alimentarias negativas o las conductas purgativas, permite comprenderse mejor y buscar alternativas saludables. Las pacientes necesitan aprender a expresar sus

emociones ante amigos íntimos y ante su familia. Compartir situaciones en las que se sintió dolida, irritada, molesta o feliz. Después, expresar lo que ella cree que el interlocutor pensaba de ella al escucharla y chequear lo que los otros, que la estaban oyendo, pensaban realmente (116,65).

Finalmente, en cuanto al manejo de la ansiedad y el estrés, el establecimiento de un estilo cognitivo moderado, el desarrollo de un pensamiento flexible que tolere la ambigüedad y el error, la disminución de la impulsividad, el cambio de las interacciones familiares, la reducción de sus sentimientos de soledad y el desenvolvimiento de un sentimiento de competencia para manejar su vida de forma que confluyan en la creación de su identidad y autonomía personal (65).

Autoestima

Todas las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria sufren de una muy baja autoestima, es decir, de la valoración que toda persona hace de sí misma, de sus características y posibilidades, y dependen excesivamente de la aprobación del entorno (117). Adoptan una actitud de superación y de reto personal continuo que mitigue los sentimientos crónicos de inferioridad, actitud perfeccionista y de auto-exigencia desmesurada (65). La dependencia al entorno les impide el auto-conocimiento, conocen lo que tienen que hacer, odiar o sentir para ser aceptados, pero no realmente sus necesidades o sentimientos íntimos (66).

El terapeuta necesita, igualmente asistir a la paciente para que sea más consciente de otras cualidades personales que le permitan afianzarla (65). Es especialmente importante el apoyo a la toma de decisiones personales, pues la persona capaz de tomar una decisión y llevarla a cabo aumenta su autoestima y fortalece su yo. Decidir siempre es algo positivo porque cualquier consecuencia de la decisión nos enseña algún aspecto de nosotros mismos (118). Ser capaz de tomar una decisión y llevarla a cabo exige tener capacidad de planificación y disciplina para cumplir lo dispuesto. Sin embargo, debido al estilo cognitivo extremado de la paciente, que considera que cualquier imprevisto es signo de desastre y nada tiene solución ni puede repararse, tomar una decisión se convierte en un proceso interminable (119). El terapeuta puede ayudarle apoyando las decisiones con el siguiente aforismo, característico de un estilo cognitivo positivo: *los fallos son lecciones a aprender y no fracasos a castigar* (65).

El tratamiento se enfoca a la construcción de una buena autoestima, el desenvolvimiento de la creatividad, establecer unas habilidades sociales positivas, expresarse de forma asertiva y/o conseguir una intimidad ajustada a su edad (66).

En relación a este proceso, se encuentra la disminución de su necesidad de complacer a los otros a través de la reestructuración cognitiva y el entrenamiento asertivo (120). La asertividad significa (65):

- Ser capaz de luchar por los derechos legítimos y expresar lo que uno cree, siente y quiere directamente, sin violar los derechos de los otros.
- Escuchar los derechos de los demás, pero no a costa de los propios.

- No utilizar la intimidación, la coerción, la crítica, el sarcasmo o las bromas pesadas.
- En la relación asertiva no existen vencedores o vencidos, sino que ganan las dos partes.
- El entrenamiento asertivo implica aprender a expresar la propia opinión, tener derecho a cambiar de opinión, protestar por un trato irrespetuoso o dañino, ser capaz de pedir explicaciones, utilizar una frase corta para expresar lo que se quiere, decir que no sin dar explicaciones, excusas o pedir perdón; tomar decisiones personales, saber recibir reconocimiento por el trabajo realizado, no tomar la responsabilidad de los problemas del otro, y no tomar la responsabilidad de los sentimientos, pensamientos ni conducta de los otros.
- No anticipar los deseos o necesidades de los demás, cortar la conversación si es abusiva y poder pedir una pausa.

Se hace entonces imprescindible enseñar a los pacientes a expresar en los grupos de terapia todas sus ideas y discrepancias, reforzando cualquier expresión personal, por muy negativa que sea, se convierte en necesario para comenzar a entrenar esta habilidad. Después se va moldeando la forma social de expresarla hasta que se consiga una sensación de satisfacción por haber sido escuchada y comprendida (66). El entrenamiento se realiza enseñando al paciente a elevar su tono de voz, mirar a los ojos, enderezar su cuerpo, utilizar el pronombre personal "yo" en sus asertos y repetir la frase tantas veces como fuera necesario para sentirse escuchada (65).

Aprendizaje de respuestas alternativas positivas

Generalmente, las pacientes observarán que tanto la restricción alimentaria, como numerosas conductas purgativas, están precedidas por la ansiedad, el miedo al descontrol, la falta de una resolución adecuada de situaciones problemáticas, o por dificultades para afrontar el estrés, que dejan a la paciente con una sensación de desasosiego muy molesta (65). Aprender a reducir la ansiedad y el estrés y/o resolver las situaciones problemáticas evita gran parte de este malestar, previene algunos vómitos o el uso de laxantes y será de inestimable valor para afrontar el futuro (120,66).

Reducir el estrés

De cara a poder reducir el estrés es imprescindible percibir sus señales, identificar en que situaciones aparece y anotarlas. Después conviene evaluar, por una parte, si se pueden evitar algunas de estas situaciones ya que, teniendo en cuenta la actitud perfeccionista de muchas pacientes, es muy probable que estén realizando demasiadas actividades que desequilibran su vida en detrimento de su descanso y por otra, disminuir su impacto aprendiendo técnicas de relajación y distensión mental y física (65,75).

Resolución de problemas

Resolver problemas es el hecho de conseguir que las pacientes decidan actuar ante una dificultad, pues su forma de actuar ante los conflictos es una rumiación obsesiva del error, y restarle recursos atencionales para afrontar y resolver (121).

Su implementación requiere varias etapas (65,122):

- En primer lugar, requiere cambiar su actitud hacia los problemas y considerarlos como oportunidades para evolucionar.
- Después, definir el problema de manera específica y dividirlo en dos elementos: el objetivo y el obstáculo. Si al definir el problema se observa que contiene varios objetivos, subdividirlos en varios problemas, que se resolverán separadamente.
- Posteriormente, generar todas las posibles soluciones que afluyan a la cabeza sin tener en cuenta si son o no posibles de realizar.
- Evaluar la viabilidad de las soluciones: una vez enunciadas todas las posibles soluciones, diferenciar aquellas cuya viabilidad es nula, de las que tienen posibilidades de ponerse en práctica.
- Formular las soluciones viables en términos específicos, sin olvidar que la meta debe ser realista y, a ser posible, expresada en conductas concretas a cambiar.
- Recapacitar sobre las consecuencias de cada opción de cambio, dividir las en consecuencias a corto y largo plazo, y calificarlas de positivas o negativas.
- Decidir entre todas las posibles alternativas.

- Una vez elegida la opción, realizarla un número de veces suficiente, antes de desecharla, a no ser que desde el principio se observe que su viabilidad es nula.
- Evaluar con calma y decidir continuar con la opción elegida o intentar una nueva solución.

Tratamiento de la insatisfacción/distorsión de la imagen corporal

Cada día está más aceptado que los trastornos de la conducta alimentaria comienzan antes del diagnóstico clínico y están relacionados con la preocupación por la imagen corporal, factor que predice tanto el desarrollo como el mantenimiento del problema (65). Los adolescentes no son inmunes a las presiones de padres, grupo de pares y medios de comunicación (123). Para obtener un aspecto corporal quimérico, viven la agonía de estar preocupados por su peso y su imagen, y si además tenemos en cuenta que el aspecto corporal es, en esa etapa evolutiva, un aspecto importante de la construcción de su identidad, educadores y terapeutas tienen que reconocer que los ideales culturales están generando una baja estima a aquella/os pacientes que no se desprenden de dichas imágenes, provocando actitudes y conductas negativas como excesivas dietas o excesivo ejercicio físico (65). La insatisfacción corporal predice la realización de dietas, el ejercicio compulsivo y las conductas purgativas (124).

La distorsión

Para disminuir la distorsión, las pacientes deben recibir información objetiva que les permita ir corrigiendo sus defectos o “gordura” irreales. Puede hacerse comparando su índice de masa corporal (IMC) real con el imaginado, confrontarla con otras compañeras que le den su opinión, confrontarla con algún instrumento que mida la silueta corporal, con el espejo o un vídeo; y comparar sus apreciaciones y las apreciaciones externas (111). Este proceso de cambio de la percepción de la imagen corporal es lento porque la mente no acepta cambios bruscos (65).

La insatisfacción de la imagen corporal

Otras pacientes perciben correctamente su imagen pero no la aceptan. Se sienten insatisfechas con partes o con todo el cuerpo. Para mejorar y sobreponerse a la insatisfacción les puede ayudar realizar esta serie de actividades escalonadas (65-66,107):

- Comprender el desarrollo de la imagen corporal negativa. La comprensión se facilita si las pacientes realizan una historia y toman nota de los acontecimientos que marcaron su desenvolvimiento en las distintas etapas de la vida -infancia, adolescencia, juventud, edad adulta- y en el momento actual.
- Tomar conciencia de los pensamientos negativos hacia el propio cuerpo y de los apelativos negativos que le dirigen.
- Eliminar las calificaciones negativas que le dedican y hablar, al cuerpo y del cuerpo, de forma neutra o positiva.
- Aceptar de los límites de la apariencia corporal: "controlando la comida no voy a ser más alta, o tener unas medidas proporcionadas."
- Respetar el cuerpo y convertirlo en un amigo, es el que nos permite expresar nuestra vida. Escuchar sus necesidades, cuidarle y pedirle disculpas por el trato que le han dado.
- No resolver los problemas relacionales en la apariencia, a pesar que algunos sectores de la sociedad los resuelve aparentemente de esta manera.

Aunque no es sencillo recordar y evocar imágenes suficientemente claras para elaborar la historia de la imagen corporal y conseguirlo, lleva tiempo y práctica, el proceso se favorece si la paciente se coloca en una posición cómoda, respira varias veces profundamente y toma conciencia de su cuerpo. Dirige la atención a cada parte del cuerpo y

suelta la tensión en cada espiración. Después, relajada, evoca los primeros momentos en los que decidió controlar su comida, rememorando la situación: la ropa que vestía, la música de aquel tiempo, la edad, las amigas, el curso en que estaba o cualquier anécdota referente al cuerpo. Otras sesiones se pueden enfocar a la infancia y evocar situaciones en las que se sintió gorda, estaba "rellenita" y se burlaron de ella: quiénes lo hicieron, quiénes eran sus profesores, o cómo iba vestida. El recuerdo aumenta centrando la mente en momentos claves: los diversos períodos de vacaciones, su cumpleaños y el de los otros miembros de la familia, el Día del Padre, o el Día de la Madre (65-66,107).

Una vez evocada la historia del desarrollo de la imagen corporal, conviene que observe lo que se dice a sí misma, en la actualidad, especialmente el lenguaje negativo hacia el cuerpo. Anotar la cantidad de veces al día que se insulta por su aspecto, cuantas se compara con el aspecto de otras personas y piensa que está más gorda, es más fea o más insignificante que ellas. Es importante observar si hay alguna persona allegada que le dirige comentarios críticos sobre su aspecto o si es ella la que critica. Esta forma de hablarse y compararse tiene que parar, primero aceptando los comentarios sin juzgarse y, segundo, trasformando su lenguaje interior negativo por otro más neutro o positivo. En vez de decirse "tengo patas de elefante", decirse: "mis piernas me sostienen, me permiten andar y bailar, las respeto y acepto" o "¿Cómo es posible que permita que mi peso de valor a toda mi existencia?", "¿Cómo es posible que elimine mi personalidad, mi inteligencia, mi simpatía, mi amabilidad, porque no me gusta mi tripa?" (65).

Sin añadirse más críticas por haber necesitado buscar la seguridad en una apariencia imitada, tendrá que trabajar en conseguir el respeto a su cuerpo tal y como es en cada momento (65,66). Después, es conveniente realizar un ejercicio de imaginación positiva que le ayude

en este proceso de aceptación. La paciente se relaja profundamente y dirige la atención hacia la parte del cuerpo previamente rechazada y que ahora quiere aceptar. La reestructuración cognitiva completa la intervención al facilitar que se cambie la idea de que la delgadez resuelve todos los problemas, trae éxito y el fin del sufrimiento, y le proporciona un propósito en su vida (111).

Disminución de la evitación y el aislamiento

A consecuencia de la distorsión o la insatisfacción de la imagen corporal se genera, en gran número de pacientes, una intensa fobia a ser vistas, que ahonda el aislamiento en el que se encuentran. La mayoría necesitarán un tratamiento específico para superar ambos problemas (125). Como en cualquier otro aspecto a cambiar, la primera tarea será tomar conciencia de las situaciones que se han evitado: mirarse al espejo, salir a la calle, salir de la habitación, salir de día, entrar en tiendas y probadores, comprarse ropa, hacer deporte, ir a la piscina o al mar, salir con chicos, ir a fiestas, etc.

Posteriormente, habrá que tratar el miedo a verse o ser vista, aumentar la confianza en sí misma, y atenuar la incomunicación producida (65). Los miedos requieren, para su tratamiento, efectuar técnicas de manejo de ansiedad, tales como la desensibilización sistemática, la inoculación al estrés y la exposición “en vivo” a las diferentes situaciones temidas.

- **Desensibilización sistemática:** esta técnica divide las situaciones temidas en pequeñas fracciones, de acuerdo al grado de ansiedad que provocan en la paciente y les asigna un valor cuantitativo, utilizando una escala de 0 a 100 (Figura 6). Estas cantidades reciben el nombre de SUD (unidades subjetivas de malestar) (126):

Figura 6. Ejemplos de situaciones temidas puntuadas en una escala del 0 al 100 (126).

Salir a la calle al mediodía y encontrarme con mi vecina: 100;
Que me vea mi madre en camión: 20;
Probarme ropa de mi talla y que me quede pequeña: 100;
Ponerme la ropa del año pasado y que no me quepa: 100;
Pasar delante de la gente sentada en una terraza de cafetería: 100
Encontrarme con mis amigas del otro colegio: 90;
Mirarme en el espejo, vestida: 85;
Mirarme en el espejo, desnuda: 90;
Mirarme en el espejo la tripa: 95;
Notar que los pantalones me aprietan: 90; etc.

Una vez que se establece la escala de situaciones temidas, se jerarquizan de menor a mayor en función de la intensidad de ansiedad que producen, y se asocian con relajación las veces que sea necesario, hasta que la ansiedad descienda (65).

- **Inoculación al estrés:** prepara las situaciones en la imaginación utilizando el pensamiento positivo y el ensayo de alternativas de acción en las situaciones que se anticipan como angustiosas (127). Se comienza por una situación no excesivamente amenazante y se imagina cómo va a suceder (ya por el mero hecho de imaginarla, posiblemente surja la ansiedad). Entonces hay que darse instrucciones para calmarse: “tranquila, va a salir bien, respira profundo, no te dejes vencer por el miedo”. El ensayo mental se repite hasta poder imaginar toda la escena sin ansiedad (65).

- **Exposición en vivo:** una vez que ha descendido la ansiedad con una o ambas de las técnicas anteriores, se elige la situación menos estresante y se expone a ella en la realidad, practicando respuestas de relajación, respiración y pensamientos positivos. Una vez superada, se elige otra situación y así sucesivamente (128).

- **Exposición en el espejo:** Es un trabajo muy positivo para comunicarse con el cuerpo y aceptarlo, pero en los comienzos puede asustar (129). Una vez que la paciente se sienta preparada, es muy beneficioso realizarlo con frecuencia. Necesita un espejo de cuerpo entero. Los primeros ejercicios consisten en colocarse enfrente del espejo, totalmente vestida (hasta lograr hacerlo desnuda) y mirarse a los ojos, saludarse, y tomar conciencia de las dificultades que está experimentando con el ejercicio. Después, percibir las formas y texturas corporales y describirlas con lenguaje, sin calificativos hirientes. Respirar profundamente y decirse algo positivo para terminar la sesión y realizar el trabajo hasta aceptar todas las partes corporales (65).

Las pacientes anoréxicas, que iniciaron el trastorno en una edad muy temprana y nunca desarrollaron su cuerpo, presentan una conflictiva especial en la aceptación de su imagen corporal que necesita un manejo terapéutico específico. El miedo a enfrentarse a un cuerpo que nunca tuvieron se atenúa si, antes de la recuperación total, se les ayuda a experimentar lo que les va a ocurrir cuando adquieran su peso. Se les ayuda a afrontar su futuro cuerpo utilizando “prótesis” en algunas partes corporales: pecho, caderas, muslos, hombros, (láminas de “foam” de distinto grosor, rodeando la parte corporal elegida por ella), y se les pide que se expongan a diferentes

situaciones sociales observando los pensamientos, las emociones y ansiedad que experimentan (65,128).

Disminución de la impulsividad

La impulsividad de las pacientes (ya sea una impulsividad controlada en la paciente anoréxica o una impulsividad desbordada en la paciente bulímica) se beneficia de dos tipos de intervención:

- El control del comportamiento como medio de auto-conocimiento: en esta técnica la paciente califica la intensidad del impulso a comer/vomitarse y elige uno de intensidad leve. Una vez escogido, tiene que controlarlo para explorar qué le impulsa al descontrol y observar qué es lo que teme tan intensamente que ni siquiera puede dejarle emerger (habitualmente estas "sombras" amenazantes suelen ser obsesiones y pensamientos angustiosos, sensaciones de ahogo, inquietud interior, etc.). Una vez que lo deja aflorar, no debe juzgar lo que emerge, sino comprender su significado y buscar soluciones alternativas saludables (65).
- La utilización habitual de técnicas de relajación y meditación (mindfulness) que permitan observar los pensamientos, sensaciones y emociones, dando como única respuesta la respiración profunda (130).

Relaciones interpersonales

En un grupo numeroso de pacientes, la dificultad en las relaciones interpersonales ha sido un factor primordial para iniciar y mantener la patología alimentaria (131).

La paciente anoréxica necesita incluirse a sí misma en las relaciones con los demás ya que, durante el trastorno, ha eliminado sus necesidades y solo ha pensado en el otro. Este tipo de exigencias, las lleva a desarrollar una gran frustración interna, un rencor escondido, que emerge como patología alimentaria (107). El reconocimiento de las necesidades propias y el entrenamiento asertivo se convierten en dos de las salidas positivas ante tanta inexistencia (57).

La paciente bulímica necesita incluir a los demás en las relaciones con otros. Durante el trastorno han eliminado las necesidades de los otros, a los que consideran meros objetos de uso. Su "egoísmo" a ultranza le impide establecer verdaderas relaciones emocionales. Las pacientes bulímicas se benefician del establecimiento de los límites en la familia y de actividades con otros, en los que la competitividad no juegue un papel primordial. Suele aconsejarse realizar un deporte de conjunto, en el que la unión de todos propicia el éxito (65).

Interés por valores humanos

La Dra. Rosa Calvo Sagardoy propone que para que una paciente consiga recuperarse de manera estable del TCA, necesita integrar las tres dimensiones de su ser en un todo que de sentido a su existencia, más allá de la búsqueda exclusiva de una apariencia. Es, desde luego, totalmente adecuado que ella respete el cuerpo y lo cuide tal como lo haría con el ser más querido. Ello supone, aceptar su cuerpo como es y no compararlo con otros, eliminar los insultos que dirige a su cuerpo, utilizar el ejercicio para estar en forma sin dejarla exhausta, coger energía, eliminar tensión, estirarse, sentirse bien, desenvolver las cualidades y talentos interiores, reflexionar sobre la existencia mecanicista que llevamos, adoptar el valor de la igualdad y la solidaridad (en vez de la competitividad continua), buscar la paz interior, asombrarse ante la sabiduría de la naturaleza o de la capacidad de nuestro cerebro para regular todas las funciones vitales, estudiar las respuestas que nos dan los clásicos de forma universal y poética a las situaciones por las que se atraviesa en la existencia, disfrutar del beneficio que proporciona saber respirar profundamente y eliminar tensiones, poner en práctica uno de los principales mandamientos: amar al prójimo como a uno mismo, descubrir las razones de ese amor y respeto (65,66).

Todos son los objetivos últimos de un tratamiento integral, que conseguidos, hacen imposible las recaídas.

Tratamiento familiar

Tanto los resultados de los estudios controlados, como la experiencia clínica han puesto de manifiesto que es imprescindible incorporar en el tratamiento alguna forma de terapia familiar. Ello no significa que exista una problemática familiar solo porque existe un problema de alimentación, pero la colaboración de los padres es un factor que facilita que la paciente mejore (132). Se debe siempre asumir que las familias quieren ayuda y están agotadas por el estrés que están soportando. Nunca culparles por sus problemas, sino darles apoyo y comprensión, apoyar una comunicación abierta y directa, además de darles la idea de que tienen que cambiar algunas de las formas de relación anterior, de forma que se potencie la recuperación del paciente (65).

Dado que la familia juega un papel fundamental en el proceso de recuperación de las pacientes, necesita conocimiento y tratamiento pues su ansiedad puede interferir con los cambios relacionales que necesitan hacerse. La familia debe adquirir conocimiento sobre la enfermedad y apoyar a su hija en el proceso de recuperación. Tendrá que tomar conciencia de las relaciones que han establecido, de las expectativas, creencias y valores, así como las ansiedades que mantienen el trastorno y bloquean la recuperación (66). Las actitudes de los padres han modelado, a través de sus conductas y comentarios, la preocupación hacia el peso y una imagen corporal negativa debido a la búsqueda de autoestima en la delgadez (133). Tienen que crear un medio que deje de dar importancia a la delgadez, las dietas, el ejercicio excesivo y los comentarios que rodean estos temas (65).

Muchos padres tienen problemas alimentarios más o menos encubiertos. De hecho, la realización de dietas por parte de la madre

es un factor de riesgo muy grande, pero sobre todo implica la utilización de la comida con otros fines que los meramente alimentarios (134). De vez en cuando, a veces constantemente, realiza la consabida dieta bajo una apariencia de cuidarse la salud: "hay que cuidarse" es la frase favorita que resume esta situación anómala. Otras madres, entre los 40-50 años pueden tener un sobrepeso que se ha ido acumulando poco a poco, o el cuerpo les está cambiando debido al inicio de la menopausia. Quieren perder peso pero ni saben cómo, ni quieren confesarlo abiertamente. Este objetivo de perder peso "sin que se note" algunas se lo explican diciéndose que no quieren influir en su hija, que no quieren provocar el trastorno o agravarlo. Sin embargo, el deseo de adelgazar es muy intenso y tratan de saber qué ha hecho su hija para comer poco (65).

El mundo académico

Si las pacientes son adolescentes, los terapeutas y las familias tienen que trabajar coordinados con el colegio para asegurar que no pierde su escolaridad ni sus progresos, al salir y enfrentarse a una clase en la que los comentarios (reales o imaginados) le pueden arrasar. El terapeuta le puede ayudar a afrontar la vuelta al colegio mediante la inoculación al estrés. La técnica prepara a la paciente utilizando la imaginación de posibles situaciones estresantes con relajación y ensayo conductual (127).

Finalmente, es necesario el establecimiento de un programa de prevención de recaídas (135). Ello requiere, por una parte la identificación de las situaciones de alto riesgo, el entrenamiento de soluciones alternativas y el establecimiento de un estilo cognitivo equilibrado que reduzcan el impacto de los “resbalones” y, por otra, el cambio de valores e intereses vitales que amplíen el sentido de la existencia (66).

2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La anorexia y bulimia nerviosa son trastornos alimentarios caracterizados por restricción de alimentos, pérdida de peso, atracones, purgas, miedo irracional a engordar, distorsión de la imagen corporal, ejercicio excesivo y, en ocasiones, disfunción menstrual (136).

La necesidad de buscar tratamientos eficaces para los pacientes que sufren estos trastornos se hace evidente debido a su alta prevalencia tanto a nivel europeo (1-4% de las mujeres europeas) como nacional (15). En la población española, la cifra de mujeres que sufren estas patologías se ve incrementada (4,1-6,41% de las mujeres españolas de entre 12 y 21 años) (16), las pacientes incluidas en esta tesis doctoral se encuentran dentro de este rango de edad.

Recientemente se ha estudiado el coste que ocasionan las largas estancias de los pacientes que sufren desnutrición en varios hospitales españoles, de entre ellos el Hospital Universitario La Paz de Madrid, lo que sugiere la necesidad de establecer procedimientos para la detección, diagnóstico y tratamiento eficaz de estos pacientes (137).

Los tratamientos actuales para pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria, centrados en la reducción/eliminación de las conductas patológicas, no siempre resultan eficaces, ya que en su mayoría centran la recuperación en factores externos al paciente y no en factores internos que impliquen aprendizaje y existencia propia (138).

Tanto las pacientes con diagnóstico de anorexia y bulimia nerviosa como sus familias, han sido intervenidas desde hace seis años y 9 meses a través del Modelo "La Paz" (64) en el Hospital Universitario La Paz en las consultas de los servicios de Psicología Clínica y Medicina de la Adolescencia.

El Modelo "La Paz" (64) considera al paciente de forma integral, le informa y le provee de recursos para que incremente su compromiso de cambio. Además, enseña al paciente a cuidarse física y psíquicamente como medio para recuperar su salud y salir del trastorno de forma estable, e incluye a los familiares de forma obligatoria como apoyo esencial en la recuperación del paciente (66). Teniendo en cuenta las variables sociodemográficas y clínicas, este estudio pretende objetivar los resultados que este Modelo "La Paz" (64) aporta a pacientes y familiares.

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1. Hipótesis

- La intervención a través del Modelo “La Paz” produce una mejora en el estado de salud físico, cognitivo, emocional y conductual de las pacientes.
- Esta mejoría se mantiene en el seguimiento, al menos, tras 1 año de tratamiento.
- Las pacientes que han sido capaces de mantener su mejoría tras 1 año de seguimiento, tienen mayor probabilidad de mantener esta mejoría en seguimientos posteriores.

3.2. Objetivo primario

Evaluar la eficacia del Modelo Terapéutico “La Paz” a través de los cambios observados en el estado de salud físico, cognitivo, emocional y conductual de un grupo de pacientes con anorexia y bulimia nerviosa comparando las mismas variables al inicio y tras, al menos, 1 año desde el comienzo del tratamiento.

3.3. Objetivos secundarios

1. Analizar la información sobre el estado de salud físico, cognitivo, emocional y conductual de las pacientes tras haber recibido el tratamiento.
2. Analizar si el tratamiento propuesto produce cambios a nivel físico, cognitivo, emocional y conductual en las pacientes.
3. Contribuir en la mejora y adecuación del tratamiento de TCA, para beneficio de pacientes, familias y profesionales.

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio

Se trata de un estudio observacional prospectivo, posttest único sin grupo control, de ámbito clínico (139).

El estudio se realiza con pacientes diagnosticados de anorexia y bulimia nerviosa tratadas en las Unidades de Psicología Clínica y Medicina de la Adolescencia, en el Hospital Universitario La Paz de Madrid (H. U. La Paz). La selección fue consecutiva entre los años 2011 y 2017.

4.2. Ámbito del estudio

El estudio se realiza en dos Servicios del H. U. La Paz, centro hospitalario de titularidad pública de la Comunidad de Madrid, situado en la zona norte de la ciudad:

- El Servicio de Psicología Clínica, dentro de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria dirigida por la Dra. Rosa Calvo Sagardoy.
- El Servicio de Medicina de la Adolescencia, en colaboración con el Dr. José Casas Rivero, la Dra. M^a Angustias Salmerón Ruiz y la Dra. Fabiola Guerrero Alzola.

A ambos Servicios acuden las pacientes adolescentes y adultas jóvenes que sufren trastornos de la conducta alimentaria. Se realizan en ellos funciones claramente diferenciadas entre los tratamientos, el psicológico y los cuidados médicos.

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población diana

La población diana de este estudio son pacientes con diagnóstico de anorexia y bulimia nerviosa.

La población accesible son las pacientes con anorexia y bulimia nerviosa atendidas en el H. U. La Paz, en las Unidades de Psicología Clínica y Medicina de la Adolescencia, que reciben el tratamiento del Modelo "La Paz" para TCA y Obesidad (64).

La muestra la componen las pacientes del H.U. La Paz para realizar el tratamiento del Modelo "La Paz" para TCA y Obesidad (64), seleccionadas de forma consecutiva, durante el periodo de estudio de 2011 hasta el 2017.

4.3.2. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

Para poder ser incluido en el estudio se han de cumplir todos los siguientes criterios:

- Ser mujer.
- Diagnóstico de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.
- Pacientes de entre 13 y 23 años con capacidad de comprender el protocolo.
- Pacientes o, en su caso, padre/madre o tutor legal que firmen el consentimiento tras conocer las características del estudio.

Criterios de exclusión

Para poder ser incluido en el estudio no se puede cumplir ninguno de los siguientes criterios:

- Condiciones físicas, cognitivas o intelectuales que impidan entender y cumplimentar los cuestionarios.
- Personas que no acepten formar parte de este estudio.
- Pérdida de peso o vómitos incoercibles debidos a otras causas que no sea TCA.

4.3.3. Muestra

Dado el carácter exploratorio del estudio no se hace un cálculo predeterminado formal del tamaño muestral. El número de pacientes se establece por conveniencia para poder realizar el estudio con un nivel de confianza asumido del 95%.

Inicialmente se obtuvo una muestra previa de 109 pacientes, valorando la posibilidad de sufrir pérdidas, la muestra definitiva fue de 72 pacientes. Los motivos para causar baja en el estudio de los otros 37 pacientes fueron aquellas personas que no pudieron ser seguidas debido a:

- Imposibilidad de contactar con las pacientes (21.62%).
- Estar actualmente realizando un tratamiento para el TCA en otra institución (Hospital Universitario Gregorio Marañón, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús) (10.81%).
- Referir que están bien y no querer volver al Hospital a realizar el seguimiento (54.05%).

- Citarse para realizar el seguimiento pero no acudir y después mostrarse ilocalizable o referir que se arrepienten y no quieren participar (10.81%).
- Haberse mudado a otra ciudad (2.7%).

4.3.4. Diseño y procedimiento

La recogida de datos se realizó durante 6 años y 9 meses entre 2011 y 2017, realizando una selección consecutiva en el centro donde se realizó el estudio.

Se realizó un muestreo consecutivo, en el que los 109 pacientes contactados entraban en el estudio, según se iban seleccionando en ambas consultas (Unidad de Psicología Clínica y Medicina de la Adolescencia) como candidatos para el Modelo de tratamiento "La Paz" (64).

El seguimiento se realizó en horario de consultas en ambos Servicios, de 9:00 a 14:00, de lunes a viernes en el H. U. La Paz.

En la primera visita con la paciente, la investigadora principal explicó de forma verbal el objetivo del estudio, así como el procedimiento, y se le entregó una hoja de información. Además, se solicitó la firma del consentimiento informado tras leerlo y comprenderlo, así como el de su padre/madre/tutor en el caso de que fuera menor de edad (Anexos 1-3).

Una vez otorgado el consentimiento por la paciente y su padre/madre/tutor, la investigadora principal recogió los datos sociodemográficos y las variables clínicas, se hizo entrega de los cuestionarios a cumplimentar (Anexos 4-12) y se dejó el tiempo que necesitara cada paciente para que los rellenara. En el seguimiento se registraron de nuevo los datos sociodemográficos y las variables clínicas de interés, y se entregó la misma batería de cuestionarios.

4.4. Variables de estudio e instrumentos utilizados para la recolección de datos

4.4.1. Variables socio-demográficas

- Sexo: variable dicotómica (varón, mujer). En el estudio se incluyen únicamente mujeres.
- Edad: variable cuantitativa discreta, medida en años. Se requieren personas de entre 13 y 23 años para iniciar el estudio.
- Situación laboral: variable cualitativa (activa, baja, incapacidad).

4.4.2. Variables clínicas

- Diagnóstico psiquiátrico: variable cualitativa (AN, BN, TCANE).
- Evolución del TCA: variable cuantitativa discreta, medida en años.
- Tratamientos previos del TCA: variable cuantitativa discreta.
- Ingresos a causa del TCA: variable cuantitativa discreta.
- Peso máximo, mínimo y actual: variable cuantitativa discreta, medida en kilogramos.
- Altura actual: variable cuantitativa discreta, medida en centímetros.
- IMC actual: variable cuantitativa discreta, índice que se calcula sobre la relación entre el peso y la altura actual de la paciente (kg/m^2).
- Acoso escolar: variable dicotómica (sí, no).
- Tentativas de suicidio: variable dicotómica (sí, no).
- Autolesiones: variable dicotómica (sí, no).
- Comorbilidad: variable cualitativa (TP, abuso de alcohol, abuso de otras sustancias, TOC, afectivos).

- Ingesta restrictiva: variable dicotómica (sí, no).
- Atracones: variable dicotómica (sí, no).
- Restricción de líquidos: variable dicotómica (sí, no).
- Abuso de líquidos: variable dicotómica (sí, no).
- Vómitos: variable dicotómica (sí, no).
- Laxantes: variable dicotómica (sí, no).
- Diuréticos: variable dicotómica (sí, no).
- Ejercicio excesivo: variable dicotómica (sí, no).

4.4.3. Instrumentos de recogida de datos

A continuación, se describen los instrumentos de medida utilizados, todos ellos con buenas características psicométricas.

- Cuestionario de actitudes hacia la alimentación (EAT-26)

El EAT-26 es un cuestionario de cribado auto-administrado para la detección precoz de TCA en población general y está compuesto por 26 ítems que evalúan conductas relacionadas con el miedo a engordar, la motivación para adelgazar y los patrones alimentarios restrictivos. Se valora mediante escala de Likert (siempre, a menudo, muy a menudo, raramente, nunca) y el rango de puntuación de las respuestas es de 0 a 78. El EAT-26 es capaz de distinguir entre pacientes con AN y población normal y entre pacientes con BN y población normal, pero no entre AN restrictiva y BN, estableciendo el punto de corte de <20 puntos en mujeres, >30 puntos en población de riesgo y >50 puntos en población clínica. Este cuestionario está validado para población española (140,141) (Anexo 12).

- **Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-3)**

Instrumento de auto-informe que evalúa síntomas relacionados con los TCA. Consta de 91 ítems distribuidos en 12 escalas clínicamente relevantes en los trastornos alimentarios: 3 escalas evalúan riesgo de padecer TCA (obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal) y 9 evalúan aspectos psicológicos (2 escalas miden índice de ineficacia -baja autoestima y alienación personal-, 2 escalas miden problemas interpersonales -inseguridad interpersonal y desconfianza interpersonal-, 2 escalas evalúan problemas afectivos -déficits introspectivos y desajuste emocional-, 2 escalas evalúan el exceso de control -perfeccionismo y ascetismo- y, finalmente, se calcula el desajuste psicológico general sumando todas las escalas de aspectos psicológicos e incluyendo la escala de miedo a la madurez). Cada ítem se puntúa mediante una escala de Likert de 0 a 5 puntos (142) (Anexo 11).

- **Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)**

Esta escala evalúa diferentes aspectos del proceso de la regulación emocional en los que pueden existir dificultades: descontrol emocional, interferencia cotidiana, desatención emocional, confusión emocional y rechazo emocional. Consta de 28 ítems que se valoran mediante una escala Likert del 1 al 5.

En la validación española para muestra poblacional de mujeres sanas se han obtenido las siguientes puntuaciones medias para las diferentes subescalas: Atención/Desatención 9.6, Claridad/Confusión 7.9, Aceptación/Rechazo 14.9, Funcionamiento/Interferencia 10.2, Regulación/Descontrol 16.5 (143) (Anexo 5).

– **Escala de Alexitima de Toronto (TAS-20)**

La Alexitima es un trastorno en el procesamiento emocional, caracterizado por la dificultad para identificar y expresar emociones, así como por una tendencia a focalizar y amplificar las sensaciones somáticas que acompañan a la activación emocional. El TAS-20 es un cuestionario autoadministrado compuesto por 20 ítems valorados en una escala tipo Likert (muy en desacuerdo, en desacuerdo, ligeramente en desacuerdo, ligeramente de acuerdo, de acuerdo, muy de acuerdo). La puntuación obtenida por un sujeto en el TAS-20 puede oscilar dentro de un rango comprendido entre 20 y 100 puntos. Los puntos de corte de la validación en población española indican que a partir de 61 puntos se puede considerar que la persona presenta una Alexitima clara. Entre 52 y 60 la puntuación indicaría una posibilidad de Alexitima. Una puntuación igual o menor a 51 indicaría que la persona no presenta Alexitima y percibe sus emociones de forma adecuada (144) (Anexo 7).

– **Escala de Amplificación Somatosensorial (SSAS)**

La escala SSAS está diseñada para pacientes que sufren hipocondría. Está compuesta por 10 situaciones relacionadas con sensaciones corporales benignas que son molestas pero que no constituyen síntomas típicos de la enfermedad. Utiliza una escala Likert del 1 a 5 y su rango de puntuación total es de 10 a 55, siendo el punto de corte valores iguales o superiores a 21. Esta escala cuenta con versión española (145,146) (Anexo 10).

- **Escala de Amplificación Somatosensorial para Trastornos de la Conducta Alimentaria (SASTCA)**

Esta escala fue elaborada por la directora de esta tesis doctoral, Dra. Rosa Calvo Sagardoy, y colaboradores. Se trata de una adaptación de la escala SASS a pacientes que sufren TCA. Mide la intensidad de la respuesta hacia estímulos somatosensoriales específicos, e incluye sensaciones corporales y reacciones a los estímulos de los diversos sentidos del cuerpo (olor, presión, textura, sonido, visión). Consta de 18 ítems, utiliza una escala Likert de 5 puntos y la puntuación total es de 18 a 90 (40) (Anexo 9).

- **Escala Sensoemocional en Trastornos de conducta alimentaria (ESEM)**

Esta escala fue elaborada por la Dra. Rosa Calvo Sagardoy para medir situaciones cotidianas en las que las pacientes sienten gordura como síntoma psicósomático del TCA. Consta de 26 ítems valorados en una escala Likert del 0 al 3, la puntuación total oscila entre 0 y 78 (no publicado) (Anexo 6).

- **Escala Highly Sensitive Person (HSP)**

Esta escala fue desarrollada para medir diferencias individuales en sensibilidad de procesamiento sensorial. Está formada por 27 ítems valorados en una escala Likert de 7 puntos (1=no me ocurre, 7=me ocurre de forma muy extrema). Cuenta con buenas características psicométricas y una puntuación total entre 27 y 189 (a mayor puntuación, mayor sensibilidad) (147) (Anexo 8).

4.5. Análisis de datos

La descripción de los datos cualitativos se realiza en forma de frecuencias absolutas y porcentajes y los datos cuantitativos mediante $\text{media} \pm \text{desviación típica}$, mediana, mínimo y máximo.

Se empleó el test Kolmogorov-Smirnov para poner a prueba la hipótesis de normalidad de los datos.

El efecto producido por el tratamiento (cambio entre evaluación inicial y el seguimiento) sobre datos cualitativos se ha evaluado mediante el test de simetría de Mc-Nemar. En el caso de datos cuantitativos, se ha usado el test de la t' Student para datos pareados.

Todas las pruebas estadísticas se han considerado bilaterales y como valores significativos, aquellos p inferiores 0.05. Los datos se han analizado con el programa estadístico SAS 9.3 (SAS Institute, Cary, NC, USA).

Todos los análisis se realizaron con la ayuda del Servicio de Bioestadística del H. U. La Paz.

5. ASPECTOS ÉTICOS

5.1. Comité ético

Proyecto revisado y aprobado por el Comité Ético del Hospital Universitario La Paz de Madrid (HULP:PI-2498) (Anexo 13).

El estudio respeta la declaración de Helsinki en cuanto a los principios éticos para la investigación médica en seres humanos, teniendo en cuenta las normas éticas para proteger la salud y los derechos individuales de los pacientes, como marca dicho documento (148).

5.2. Información y consentimiento informado

A los pacientes que cumplían los criterios de inclusión del estudio se les proporcionó una hoja explicativa con la información del estudio y un consentimiento informado para compartir sus datos y evaluar los cambios tras al menos 1 año del Modelo de tratamiento “La Paz” (64). Se garantizó la confidencialidad de los datos de identificación de los participantes asignándose un número consecutivo (Anexos 1-3).

5.3. Ley orgánica de protección de datos

En cuanto al tratamiento de los datos personales de las participantes, la administración de los protocolos y la manipulación de la base de datos fueron realizados exclusivamente por los estadísticos, médicos y psicólogos autorizados para este estudio.

Los pacientes se identificaron con un ID, para garantizar la confidencialidad en los procedimientos estadísticos. Los datos se almacenaron en un archivo informático protegido con un código de seguridad al que sólo tuvieron acceso las investigadoras del estudio.

6. RESULTADOS

6.1. Características de la población de estudio

6.1.1. Características sociodemográficas de la población de estudio

La muestra se compone de 72 pacientes del H.U. La Paz, seleccionadas de forma consecutiva en las Unidades de Psicología Clínica y Medicina de la Adolescencia. A continuación, en las Tablas 3 y 4, se detallan las características sociodemográficas de las pacientes estudiadas.

Tabla 3. Características de la muestra. Variables Sociodemográficas.

Variables Demográficas	Categorías	N (%)
N=72		
Sexo	Varón	0 (0%)
	Mujer	72 (100%)
Situación laboral	Activa	72 (100%)
	Baja	0 (0%)
	Incapacidad	0 (0%)

Tabla 4. Características de la muestra. Continuación Variables Sociodemográficas.

Variables Sociodemográficas	N	Media (SD)
Edad	72	15.87 (2.26)

Las mujeres que comprendían la muestra presentaban una edad de 15.87 ± 2.26 [12-22]. El 100% de las pacientes se encontraba en situación laboral activa.

6.1.2. Características clínicas de la población de estudio

En las Tablas 5 y 6, se pueden ver las variables clínicas estudiadas y los participantes de cada categoría.

Tabla 5. Características de la muestra. Variables Clínicas.

Variables Clínicas	Categorías	N (%)
N=72		
Diagnóstico psiquiátrico	AN	50 (69.5%)
	BN	8 (11.1%)
	TCANE	14 (19.5%)
Tratamientos previos TCA	Sí	27 (37.5%)
	No	45 (62.5%)
Ingresos previos TCA	Sí	7 (9.7%)
	No	65 (90.3%)
IMC<15	Sí	2 (2.8%)
	No	70 (97.2%)
Acoso escolar	Sí	15 (20.8%)
	No	10 (13.9%)
Tentativas de suicidio	Sí	4 (5.6%)
	No	68 (94.4%)
Autolesiones	Sí	23 (31.9%)
	No	49 (68.1%)
Comorbilidad	TP	7 (9.7%)
	Abuso de alcohol	1 (1.4%)
	Ansiedad	7 (9.7%)
	TOC	6 (8.6%)
	Afectivos	10 (13.9%)
	TDAH	1 (1.4%)
	No comorbilidad	40 (55.6%)
Ingesta restrictiva	Sí	65 (90.3%)
	No	7 (9.7%)
Atracones	Sí	36 (50%)
	No	36 (50%)

Restricción de líquido	Sí	11 (15.3%)
	No	61 (84.7%)
Abuso de líquido	Si	30 (41.7%)
	No	42 (58.3%)
Vómitos	Sí	28 (38.9%)
	No	44 (61.1%)
Laxantes/diuréticos	Sí	11 (15.3%)
	No	61 (84.7%)
Ejercicio excesivo	Sí	43 (59.7%)
	No	29 (40.3%)

Tabla 6. Características de la muestra. Continuación Variables Clínicas.

Variables Clínicas	N	Media (SD)
Años de evolución	72	1.69 (1.68)
Peso max.	72	58.56 (8.62)
Peso min.	72	46.58 (5.61)
Peso actual	72	49.46 (6.52)
IMC	72	18.66 (2.30)

El **diagnóstico** predominante fue anorexia nerviosa (69.5%), seguido por TCANE (19.5%) y bulimia nerviosa (11.1%).

El 62,5% de las pacientes no habían realizado **tratamientos para el TCA previos**, mientras que el 37,5% si realizó al menos un tratamiento anterior. El 9,7% de las pacientes habían estado **ingresadas** a causa del trastorno alimentario.

Con respecto al total de las pacientes, un 2.8% presentaban un **IMC menor a 15** en el momento de la evaluación inicial.

La variable **acoso escolar** fue recogida en el 34.7% del total de la muestra, y la mayoría indicaron que habrían sufrido acoso escolar (60%).

El 5.6% presentaba **tentativas de suicidio**, 3 pacientes contaban con un intento y 1 paciente con dos intentos autolíticos previos a la evaluación.

El 31.9% presentaba **autolesiones** y el 44.4% **comorbilidad** con otros trastornos mentales, de los cuales el 1.4% fueron abuso de alcohol, 9.7% trastorno de ansiedad, el 1.4% TDAH, 8.6% TOC, el 9.7% trastorno de personalidad, el 13.9% trastornos afectivos, y finalmente, el 55.6% no presentaba comorbilidad.

El 90.3% de las pacientes presentaba **restricción de la ingesta**, la mitad (50%) presentaba **atracones**, el 15.3% **restricción de líquidos**, el 41.7% **abuso de líquidos**, el 38.9% presentaba **vómitos**, el 15.3% ingería **laxantes y diuréticos**, y el 59.7% realizaba **ejercicio excesivo**.

El tiempo de **evolución** del trastorno alimentario fue 1.69 ± 1.68 [0.7-8].

El **peso máximo** que alcanzaron fue 58.56 ± 8.62 [42-83].

El **peso mínimo** fue 46.58 ± 5.61 [37-60].

El **peso actual** fue 49.46 ± 6.52 [37-67].

El **IMC** fue 18.66 ± 2.30 [14.18-26.48].

6.1.3. Características psicológicas de la población de estudio

El conjunto de escalas que se administraron en el momento de la evaluación de las pacientes señalan como se encontraban en el momento de la primera visita. Las escalas se pueden dividir entre las que aportan información relacionada con el TCA y aquellas que identifican problemas emocionales y alta sensibilidad.

Evaluación TCA

La evaluación de la sintomatología propia de TCA está comprendida por las escalas EAT-26 y EDI-3. A continuación, en la Tabla 7 se observan los resultados de la evaluación inicial.

Tabla 7. Características de la muestra. Variables TCA.

Variables TCA	N	Media (SD)
EAT-26	13	34.62 (23.91)
Obsesión por la Delgadez	72	23.28 (5.96)
Bulimia	72	14.50 (10.57)
Insatisfacción Corporal	72	28.32 (9.58)
<i>Índice Riesgo TCA</i>	72	66.10 (21.57)
Baja Autoestima	72	16.38 (5.48)
Alienación Personal	72	18.54 (5.89)
<i>Índice Ineficacia</i>	72	34.92 (10.20)
Inseguridad Interpersonal	72	17.06 (7.37)
Desconfianza interpersonal	72	14.86 (6.35)
<i>Índice Problemas Interpersonales</i>	72	31.92 (12.52)
Déficits Introspectivos	72	22.60 (8.28)
Desajuste Emocional	72	13.60 (6.60)
<i>Índice Problemas Afectivos</i>	72	36.19 (12.76)
Perfeccionismo	72	14.65 (5.70)
Ascetismo	72	15.40 (6.71)
<i>Índice Exceso de Control</i>	72	30.06 (10.64)
Miedo a la Madurez	72	15.82 (7.12)
<i>Índice Desajuste Psicológico General</i>	72	148.90 (40.08)

El **riesgo de TCA** fue evaluado con el cuestionario EAT-26, con una media de 34.62 ± 23.91 , el límite inferior fue 0 y el límite superior 68.

Las siguientes variables fueron evaluadas a través del cuestionario EDI-3:

- Obsesión por la delgadez, con media de **23.28** \pm 5.96 [4-28].
- Bulimia, con media de **14.50** \pm 10.57 [0-31].
- Insatisfacción corporal, con media de **28.32** \pm 9.58 [1-40].
- Baja autoestima, con media de **16.38** \pm 5.48 [3-24].
- Alienación personal, con media de **18.54** \pm 5.89 [3-28].
- Inseguridad interpersonal, con media de **17.06** \pm 7.37 [2-28].
- Desconfianza interpersonal, con media de **14.86** \pm 6.35 [4-27].
- Déficits introspectivos, con media de **22.60** \pm 8.28 [1-36].
- Desajuste emocional, con media de **13.60** \pm 6.60 [0-29].
- Perfeccionismo, con media de **14.65** \pm 5.70 [0-24].
- Ascetismo, con media de **15.40** \pm 6.71 [0-28].
- Miedo a la madurez, con media de **15.82** \pm 7.12 [1-32].

Evaluación emocional y alta sensibilidad

La evaluación de aspectos emocionales (Alexitima y regulación emocional) está comprendida por las escalas TAS-20 y DERS, y la alta sensibilidad somatosensorial a través del HSP, ESEM, SASS y SASTCA. A continuación, en la Tabla 8 se observan los resultados de la evaluación inicial.

Tabla 8. Características de la muestra. Variables emocionales y alta sensibilidad.

Variables emocionales y alta sensibilidad	N	Media (SD)
TAS-20	71	71.42 (16.47)
HSP	15	115.00 (28.77)
ESEM	66	33.47 (19.22)
SASS	28	27.79 (10.57)
SASTCA	66	50.61 (14.29)
DERS Atención-Desatención	71	11.93 (3.87)
DERS Claridad-Confusión	71	12.45 (3.54)
DERS Aceptación-Rechazo	71	22.49 (8.47)
DERS Funcionamiento-Interferencia	71	14.79 (5.45)
DERS Regulación - Descontrol	71	28.14 (10.38)

La **alta sensibilidad somatosensorial**, fue evaluada mediante las escalas HSP con una media de 115 ± 28.77 [61-161], ESEM con media 33.47 ± 19.22 [1-68], SASS con una media de 27.79 ± 10.57 [0-40], SASTCA con una media de 50.61 ± 14.29 [0-80].

La **Alexitima** fue evaluada mediante la escala TAS-20, con una media de 71.42 ± 16.47 , el límite inferior fue 28 y el límite superior 98.

La **regulación emocional**, fue evaluada mediante la escala DERS, con una media de DERS Atención-Desatención de 11.93 ± 3.87 [0-20], DERS Claridad-Confusión 12.45 ± 3.54 [0-20], DERS Aceptación-Rechazo 22.49 ± 8.47 [0-35], DERS Funcionamiento-Interferencia 14.79 ± 5.45 [0-40], DERS Regulación-Descontrol 28.14 ± 10.38 [0-45].

6.2. Seguimiento: efecto producido tras el Modelo de tratamiento “La Paz”

6.2.1. Comparaciones variables clínicas

Los **diagnósticos** se mantuvieron sin cambios significativos a lo largo del tratamiento, o lo que es lo mismo, únicamente 2 pacientes migraron de AN a TCA-NE.

A lo largo del seguimiento, 3 pacientes fueron **ingresadas** a causa del TCA.

En la evaluación inicial, 4 pacientes refirieron **tentativas de suicidio** que a lo largo del seguimiento desaparecieron. De las pacientes que presentaban **autolesiones**, el 78.3% no mostraron esta conducta en el seguimiento.

La mayoría de pacientes recogidas en la muestra **restringía la ingesta**, de las cuales, el 75.4% no presentaba esta conducta en el seguimiento. Además, de aquellas que presentaban **atracones**, el 69.4% no recurría a ellos. Las que presentaban **vómitos**, los abandonó el 85.7%.

El 100% de las pacientes que **restringían líquidos** dejaron de hacerlo y de las que **abusaban**, el 86.7% no lo hacía en el momento del seguimiento. Los **laxantes y diuréticos** fueron abandonados por el 81.8% de las pacientes. El **ejercicio excesivo** desapareció en el 86% de las pacientes que había recurrido al mismo anteriormente.

En el momento del seguimiento, las pacientes aumentaron 2.12 ± 2.94 ($P < 0.05$) kilogramos de media en su **peso máximo**, mantuvieron su **peso mínimo** 0.59 ± 1.45 ($P < 0.05$) y aumentaron

de promedio 6.05 ± 5.76 ($P < 0.05$) kilogramos su **peso actual**. Además, el **IMC** se vio incrementado en 2.16 ± 2.1 ($P < 0.05$) puntos.

6.2.2. Comparaciones variables psicológicas

Se analizaron los cambios en las variables emocionales y en alta sensibilidad (Tabla 9 y Figura 7), y en las variables propias de la sintomatología TCA (Tabla 10 y Figura 8) tras, al menos, 1 año de tratamiento:

Tabla 9. Comparación inicio del tratamiento y seguimiento. Variables emocionales.

		Evaluación		Seguimiento	
<i>Variables emocionales y alta sensibilidad</i>	N	Media (SD)	N	Media (SD)	sig.
TAS-20	71	71.42 (16.47)	71	59.04 (18.49)	0.000
HSP	15	115.00 (28.77)	15	113.80 (23.96)	0.901
ESEM	66	33.47 (19.22)	66	22.67 (19.19)	0.000
SASS	28	27.79 (10.57)	28	28.00 (7.69)	0.930
SASTCA	66	50.61 (14.29)	66	45.21 (12.49)	0.007
DERS Atención-Desatención	71	11.93 (3.87)	71	14.21 (3.52)	0.000
DERS Claridad-Confusión	71	12.45 (3.54)	71	10.90 (2.32)	0.002
DERS Aceptación-Rechazo	71	22.49 (8.47)	71	17.13 (7.45)	0.000
DERS Funcionamiento-Interferencia	71	14.79 (5.45)	71	12.68 (4.40)	0.003
DERS Regulación - Descontrol	71	28.14 (10.38)	71	21.11 (9.00)	0.000

Las **escalas HSP y SASS** permanecen constantes en el momento del seguimiento, ya que las diferencias no resultan significativas ($P>0.05$). La **escala ESEM**, que mide somatización a gordura, disminuye su puntuación media 10.80 ± 21.33 puntos, y a su vez, la **escala SASTCA** 5.39 ± 15.65 .

La **escala TAS-20** disminuye su puntuación media 12.38 ± 20.25 puntos. En cuanto a la **escala DERS**, se obtuvieron los siguientes resultados:

- *Atención-desatención*: incremento de 2.28 ± 5.10 puntos.
- *Claridad-confusión*: disminución de 1.54 ± 4.08 puntos.
- *Aceptación-rechazo*: disminución de 5.36 ± 10.05 puntos.
- *Funcionamiento-interferencia*: disminución de 2.11 ± 5.77 puntos.
- *Regulación-descontrol*: disminución de 7.02 ± 12.34 puntos.

Figura 7. Evolución de las variables emocionales y alta sensibilidad.

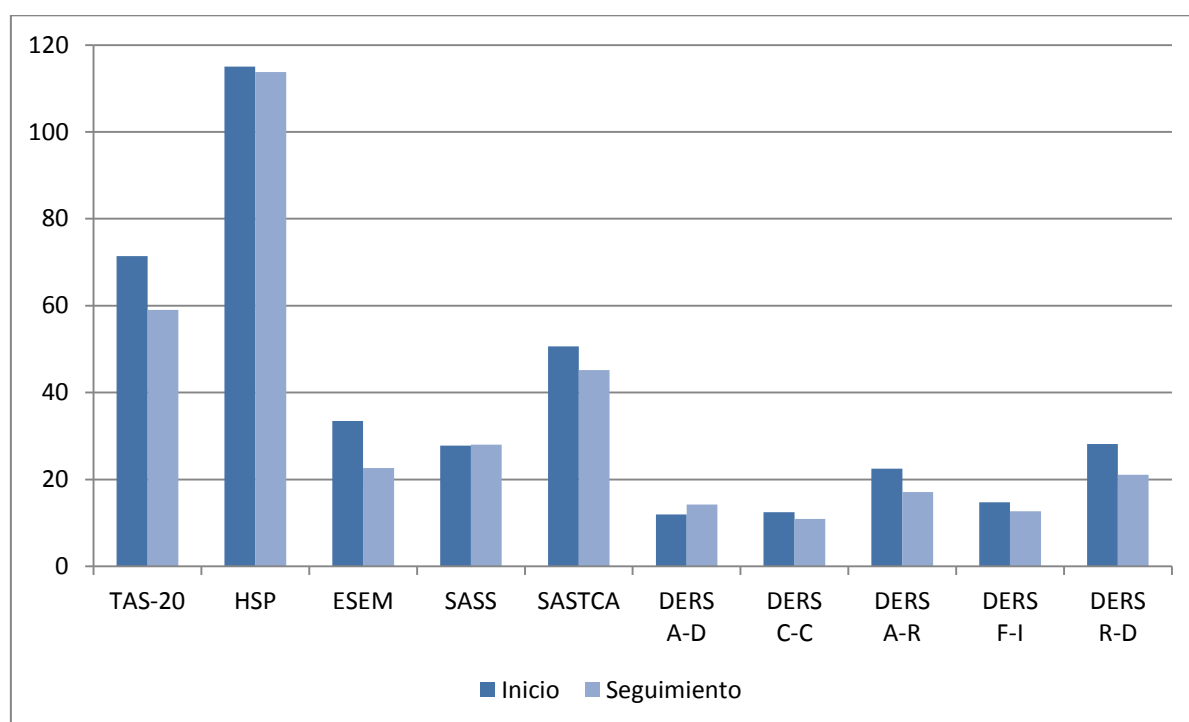


Tabla 10. Comparación inicio del tratamiento y seguimiento. Variables TCA.

		Evaluación		Seguimiento	
<i>Variables TCA</i>	N	Media (SD)	N	Media (SD)	sig.
EAT-26	13	34.62 (23.91)	13	21.54 (22.54)	0.046
Obsesión por la Delgadez	72	23.28 (5.96)	72	10.57 (9.08)	0.000
Bulimia	72	14.50 (10.57)	72	5.32 (7.13)	0.000
Insatisfacción Corporal	72	28.32 (9.58)	72	14.85 (12.17)	0.000
Índice Riesgo TCA	72	66.10 (21.57)	72	30.74 (26.08)	0.000
Baja Autoestima	72	16.38 (5.48)	72	7.07 (6.40)	0.000
Alienación Personal	72	18.54 (5.89)	72	7.56 (6.67)	0.000
Índice Ineficacia	72	34.92 (10.20)	72	14.63 (12.47)	0.000
Inseguridad Interpersonal	72	17.06 (7.37)	72	8.01 (6.19)	0.000
Desconfianza interpersonal	72	14.86 (6.35)	72	7.92 (5.23)	0.000
Índice Problemas Interpersonales	72	31.92 (12.52)	72	15.93 (10.61)	0.000
Déficits Introspectivos	72	22.60 (8.28)	72	10.39 (9.33)	0.000
Desajuste Emocional	72	13.60 (6.60)	72	6.42 (5.94)	0.000
Índice Problemas Afectivos	72	36.19 (12.76)	72	16.81 (14.27)	0.000
Perfeccionismo	72	14.65 (5.70)	72	9.68 (4.94)	0.000
Ascetismo	72	15.40 (6.71)	72	7.36 (6.37)	0.000
Índice Exceso de Control	72	30.06 (10.64)	72	17.04 (9.62)	0.000
Miedo a la Madurez	72	15.82 (7.12)	72	11.71 (6.30)	0.000
Índice Desajuste Psicológico General	72	148.90 (40.08)	72	76.11 (43.51)	0.000

Se encontraron los siguientes resultados en las variables relacionadas con la sintomatología TCA:

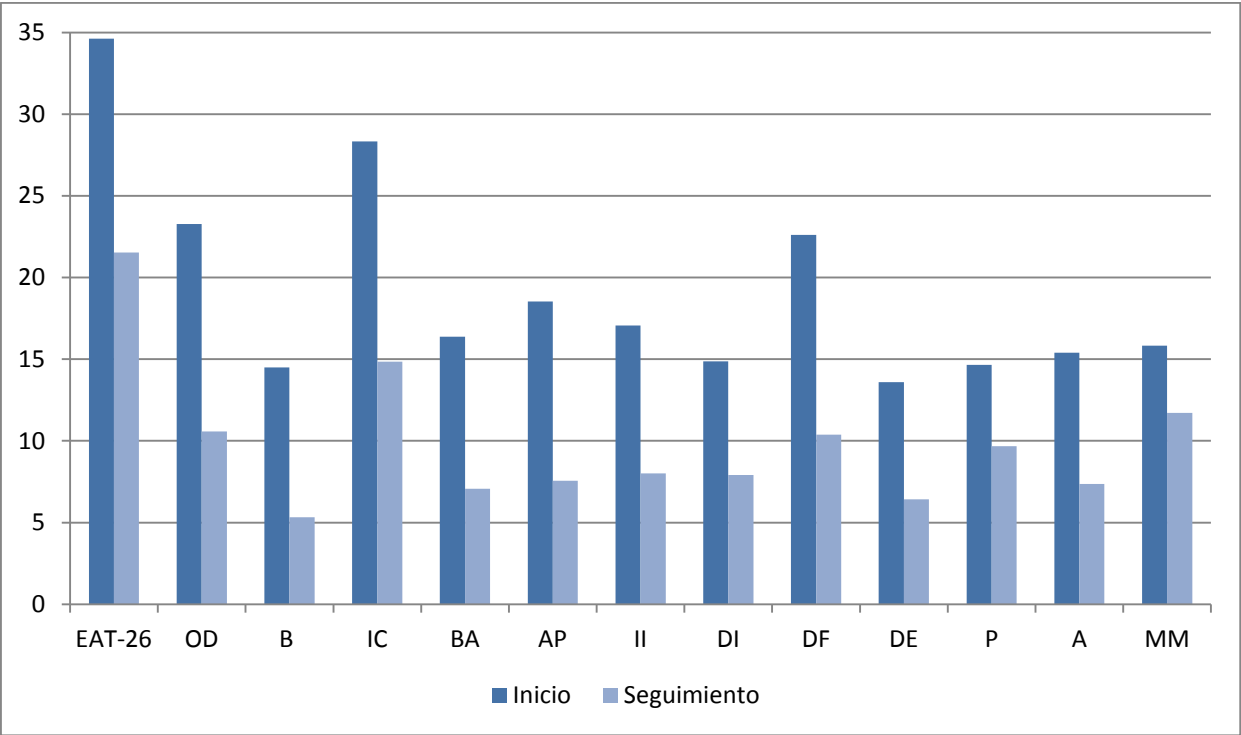
El **cuestionario EAT-26** disminuye su puntuación media 13 ± 21.13 puntos.

El **inventario EDI-3** obtuvo los siguientes resultados:

- *Obsesión por la delgadez*: disminución de 12.7 ± 11.07 puntos.
- *Bulimia*: disminución de 9.18 ± 12.07 puntos.
- *Insatisfacción corporal*: disminución de 13.47 ± 14.81 puntos.
- *Baja autoestima*: disminución de 9.3 ± 7.31 puntos.
- *Alienación personal*: disminución de 10.98 ± 8.39 puntos.
- *Inseguridad interpersonal*: disminución de 9.04 ± 8.47 puntos.
- *Desconfianza interpersonal*: disminución de 6.94 ± 7.53 puntos.
- *Déficits introspectivos*: disminución de 12.2 ± 10.9 puntos.
- *Desajuste emocional*: disminución de 7.18 ± 7.34 puntos.
- *Perfeccionismo*: disminución de 4.97 ± 6.45 puntos.
- *Ascetismo*: disminución de 8.04 ± 8.53 puntos.
- *Miedo a la madurez*: disminución de 4.11 ± 8.95 puntos.

En resumen, todas las variables disminuyeron en el momento del seguimiento.

Figura 8. Evolución de las variables propias de la sintomatología TCA.



7. DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio, ha sido evaluar en una muestra de pacientes con anorexia y bulimia nerviosa los cambios en variables clínicas y psicológicas tras el tratamiento del Modelo “La Paz” (64).

Los resultados han mostrado que tras, al menos, 1 año de intervención con el tratamiento Modelo “La Paz” (64) se ha producido una mejoría en los índices que evaluaban el nivel de la salud de las pacientes, la patología alimentaria y las variables psicológicas asociadas, permaneciendo invariables los rasgos fenotípicos estudiados.

7.1. Metodología

Se ha llevado a cabo un estudio observacional prospectivo, posttest único sin grupo control, de ámbito clínico, con una muestra de 72 pacientes diagnosticadas de anorexia y bulimia nerviosa tratadas en las Unidades de Psicología Clínica y Medicina de la Adolescencia, en el Hospital Universitario La Paz de Madrid.

En la bibliografía revisada se han encontrado varios estudios multidisciplinares prospectivos similares al nuestro (149-158).

El tamaño muestral poblacional, refiriéndonos como tal al número de participantes en los estudios prospectivos de la bibliografía revisada, varía desde 30 pacientes (149) hasta 132 (158). Por tanto, las referencias de los estudios revisados con características similares, han avalado la potencia del presente estudio en relación a su tamaño muestral, que finalmente estuvo formado por 72 pacientes. En la mayoría de las publicaciones científicas, los participantes eran mujeres y excluían a los varones, ya que la prevalencia en estos es

mínima y los resultados obtenidos no serían homogéneos, tal como ocurre en esta investigación (150).

7.2. Instrumentos de recogida de datos

En la mayoría de los estudios revisados, la sintomatología asociada al TCA se realizó mediante herramientas como el EAT-26 y el EDI-3 (2) (159-161). En los estudios que utilizan el EDI-3, su uso y forma de utilizarlo fue variada. Algunos estudios utilizan algunas subescalas o únicamente la puntuación total, en lugar de utilizar la versión completa. En esta investigación se ha utilizado la versión completa ya que fue el instrumento principal para medir síntomas asociados al TCA. Con el fin de controlar la variable mediadora "fatiga" en los datos recogidos, se decidió utilizar la versión corta del test de cribado EAT-40.

La escala DERS ha sido utilizada en muestras TCA, mayormente en pacientes con rasgos impulsivos (162). La escala TAS-20 cuenta con diferentes estudios para medir Alexitima (163-165). La alta sensibilidad es una variable apenas estudiada en pacientes con TCA y que, sin embargo, la evidencia clínica la identifica con asiduidad. Es por ello, que decidimos incluirla en esta tesis y se midió a través de las escalas SSAS (145,146), HSP (147), SASTCA (40), y ESEM (las dos últimas elaboradas por la Dra. Calvo Sagardoy, directora de esta tesis).

7.3. Datos demográficos y clínicos de la muestra

La media de edad del presente estudio fue similar al de la bibliografía revisada, la mayoría de estudios incluyen a pacientes adolescentes (rango 12-18) (150,17) y adultas jóvenes (rango 18-25) (166,17). También, aparecen estudios que solo incluyen a pacientes >18 años (167).

El TCA puede ser considerado un problema relevante para la sanidad pública y un tema de preocupación para los responsables de la salud (168). El 100% de las pacientes que formaron parte del estudio se encontraba en una situación laboral activa. Esta dimensión del trastorno es merecedora de atención, pues es una patología que se desarrolla en mayor medida en personas con actividad laboral.

El diagnóstico predominante en este trabajo fue anorexia nerviosa (69.5%), seguido por TCANE (19.5%) y bulimia nerviosa (11.1%). Al igual que la mayoría de estudios, el diagnóstico predominante es el de AN (17).

El tratamiento "La Paz" ha mostrado ser eficaz en la recuperación de casos de mayor gravedad y sintomatología asociada al trastorno alimentario (pacientes que habían sufrido acoso escolar, resistentes a otros tratamientos, con ingresos previos a causa del TCA, tentativas de suicidio, autolesiones, comorbilidad con otros trastornos mentales, restricción de la ingesta, atracones, restricción y abuso de líquidos, vómitos, ingesta de laxantes y diuréticos, ejercicio excesivo) (66).

7.4. Efecto del tratamiento Modelo “La Paz”

7.4.1. Variables clínicas

Las variables en las que se han hallado mejoría en la salud de las pacientes ($P < 0.05$) fueron: IMC, restricción de la ingesta, atracones, vómitos, restricción y abuso de líquidos, uso de laxantes y diuréticos, y ejercicio excesivo, necesidad de ingresos hospitalarios, número de tentativas de suicidio, y frecuencia de autolesiones.

7.4.2. Variables psicológicas

Las variables psicológicas que mostraron mejoría en sintomatología TCA ($P < 0.05$) fueron: nivel de riesgo de TCA, obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, baja autoestima, alienación personal, inseguridad interpersonal, desconfianza interpersonal, déficits introspectivos, desajuste emocional, perfeccionismo, miedo a la madurez, ascetismo. En resumen, todas las variables incluidas en los inventarios EAT-26 y EDI-3 disminuyen en el momento del seguimiento.

Las variables que medían aspectos emocionales y alta sensibilidad obtuvieron los siguientes resultados:

En las variables emocionales, disminución de la Alexitima (escala TAS) y mejoría de la regulación emocional (escala DERS) obtuvieron mejores resultados en las escalas Claridad-confusión, Aceptación-rechazo, Funcionamiento-interferencia y, Regulación-descontrol. El índice Atención-Desatención de la escala DERS aumentó ligeramente, lo que parece estar relacionado con el incremento del conocimiento de sus propias emociones. Este hecho influye en la focalización de una parte del tratamiento a las emociones: las pacientes empiezan a

atender a sus emociones y aumentan su consciencia respecto a las mismas.

Los datos en alta sensibilidad muestran dos resultados aparentemente divergentes. La alta sensibilidad somatosensorial, medida con las escalas HSP y SSAS, permanece constante a lo largo del seguimiento (no existen diferencias significativas entre ambas mediciones), en tanto que la escala SASTCA muestra una reducción en los aspectos de sensibilidad específicos asociados al TCA (sensación de malestar y presión en zonas corporales amenazantes). Esto se debe a que las pacientes del Modelo “La Paz” (64) trabajaron el autoconocimiento corporal, los síntomas asociados al trastorno alimentario y la imagen corporal.

El hecho de que en la escala SASS aparezcan ítems no específicos de TCA que no han mostrado cambios, parece apoyar la tesis sugerida por la Dra. Calvo Sagardoy: la existencia de un posible endofenotipo somatomorfo que estas pacientes con TCA compartirían con pacientes que presentan síntomas médicos inexplicables, trastorno dismórfico corporal y dolor crónico.

La alta sensibilidad parece ser un rasgo propio de las pacientes que conformaron la muestra. Sin embargo, las escalas ESEM y SASTCA que miden, además de alta sensibilidad, aspectos relacionados con el TCA (por ejemplo, somatización de gordura) mostraron mejoría en el seguimiento.

7.5. Limitaciones y fortalezas del estudio

7.5.1. Limitaciones

- Aunque existen estudios similares revisados con un tamaño muestral menor, también hay otros estudios formados por muestras mayores, por lo que convendría aumentar la muestra para generalizar de forma más certera los datos obtenidos.
- Se asumió que los seguimientos se realizarían tras, al menos, haber permanecido 1 año en tratamiento. Sin embargo, no se definió un periodo de tiempo concreto para llevarlos a cabo (6, 12, 24 meses), por lo que fue distinto en todas las pacientes. Además, algunos seguimientos fueron realizados cuando las pacientes estaban de alta. Estos resultados permiten observar a largo plazo el mantenimiento de la mejoría y dar cabida a otros estudios que apoyen este hallazgo.
- No se utilizó grupo control.
- Algunos de los instrumentos utilizados, a pesar de tener muy buenas características psicométricas no cuentan con la validación en muestra española (EDI-3, HSP).

7.5.2. Fortalezas

- La selección de pacientes es consecutiva, lo que contribuye a la validez interna del estudio a falta de grupo control, ya que, evita el sesgo en la selección de los pacientes.
- Los pacientes han contestado a los cuestionarios de forma individual y sin interferencia de la investigadora, evitando así influir en las respuestas.
- Este estudio se ha realizado sin ningún tipo de financiación externa, lo que garantiza la independencia de la investigadora en su realización.

7.6. Líneas futuras de investigación

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se pueden extraer varias líneas de investigación futura de este estudio.

- Llevar a cabo un seguimiento a largo plazo (5-10 años) de las pacientes incluidas en este estudio para observar si los cambios se mantienen con éxito a lo largo del tiempo.
- Estudios que repliquen estos hallazgos en muestras mayores darían continuidad a las hipótesis novedosas encontradas respecto a los factores relacionados con TCA.
- Estudios que permitan relacionar estos resultados con otras muestras de pacientes (pacientes que presentan síntomas médicos inexplicables, trastorno dismórfico corporal y dolor crónico).

7.7. Implicaciones clínicas del estudio

A través de esta tesis doctoral, se objetiva que existe una forma de abordar los TCA complementaria a otras formas de tratamiento que pueden facilitar la esperanza de aquellos pacientes y familiares que con modelos clásicos no han encontrado la respuesta terapéutica que deseaban.

8. CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos en esta investigación, se pueden realizar las siguientes conclusiones:

1. El Modelo Terapéutico “La Paz” ha mostrado niveles de mejoría significativos en todas las variables implicadas en el diagnóstico de un grupo de pacientes adolescentes y jóvenes con anorexia y bulimia nerviosa.
2. La mejoría de las variables en la dimensión cognitiva y emocional de las pacientes, sugiere que el Modelo Terapéutico “La Paz” facilita la prevención de recaídas al haber realizado un cambio estructural tanto en la forma de afrontar las dificultades de la vida como en la regulación de sus emociones.
3. La reducción del número de ingresos, tentativas de suicidio y autolesiones, sugiere que el Modelo Terapéutico “La Paz” no solo proporciona ayuda para la reducción de los síntomas y mejoría de la salud, sino que proporciona una cobertura racional del trastorno y un apoyo emocional que permite encontrar vías alternativas para afrontar el núcleo duro de la patología alimentaria (afrontamiento del miedo a la gordura, distorsión de la imagen corporal, y regulación emocional).
4. Al analizar los datos, se puede sugerir que existe un fenotipo somatomorfo en estas pacientes que comparten características de alta sensibilidad con pacientes que presentan síntomas médicos inexplicables, trastorno dismórfico corporal y dolor crónico.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington DC; 2013.
2. Rojo SF, Linares TG, Arguis CB, Félix-Alcántara MP. Trastornos de la conducta alimentaria. Medicine-Programa de Formación Medica Continuada Acreditado. 2015 Oct; 11(86): p. 5144-5152.
3. Lavender JM, Wonderlich SA, Engell SG, Gordon KH, Kaye WH, Mitchell JH. Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. Clin Psychol Rev. 2015 Aug; 40: p. 111-122.
4. Kaye WH, Fudge JL, Paulus M. New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa. Nat Rev Neurosci. 2009; 10(8): p. 573-584.
5. Blinder BJ, Cumella EJ, Sanathara VA. Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. Psychosom Med. 2006; 68(3): p. 454-462.
6. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR Barcelona: Masson; 2002.
7. Keel PK, Brown TA, Holm-Denoma J, Bodell LP. Comparison of DSM-IV Versus Proposed DSM-5 Diagnostic Criteria for Eating Disorders: Reduction of Eating Disorder Not Otherwise Specified and Validity. Int J Eat Disord. 2011; 44: p. 553-560.
8. Attia E, Roberto CA. Should Amenorrhea be a Diagnostic Criterion for Anorexia Nervosa? Int J Eat Disord. 2009; 42: p. 581-589.
9. Matalí J, Dolz M. Distribución diagnóstica de los trastornos de la

- conducta alimentaria: comparativa entre el DSM-IV-TR y el DSM-5. *Actas Esp Psiquiatr*. 2017; 45(1): p. 32-38.
10. Diane D, Heather A. C, Christina T, Matthew D. W. Medical Considerations in Children and Adolescents with Eating Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2018 January; 27(1): p. 1-14.
 11. Mustelin L, Silén Y, Raevuori A, Hoek HW, Kaprio J, Keski-Rahkonen A. The DSM-5 diagnostic criteria for anorexia nervosa may change its population prevalence and prognostic value. *J Psychiatr Res*. 2016; 77: p. 85-91.
 12. Paulo PP M, Sónia G, Hans W HM. DSM-5 reduces the proportion of ednos cases: Evidence from community samples. *International Journal of Eating Disorders*. 2013 January; 46(1): p. 60-65.
 13. Swanson S, Crow S, Le G, Swendsen J, Merikangas K. Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents: Results From the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68: p. 714-723.
 14. James I H, Eva H, Harrison G PJ, Ronald C K. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*. 2007 February; 61(3): p. 348-358.
 15. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry*. 2016 November; 29(6): p. 340-5.
 16. Ortega A, Iglesias M, Pita P, Ortega R. Problemática nutricional de la población femenina adolescente. *Nutr Hosp*. 2015; 32(1): p. 5-9.

17. Frédérique R, SminkDaphne vH, Hans WH. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*. 2012 August; 14(4): p. 406-414.
18. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977; 196: p. 129-136.
19. Smolak L, Levine M. Toward an Integrated Biopsychosocial Model of Eating Disorders. In Levine LSaMP, editor. *The Wiley Handbook of Eating Disorders*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2015. p. 929-941.
20. Janet T, Angélica M C, Nancy Z. *Eating Disorders*. 2010 February; 375(9714): p. 583-593.
21. Bulik C, Slof-Op't Landt M, van Furth E, Sullivan P. The genetics of anorexia nervosa. *Ann Rev Nutr*. 2007; 27: p. 263-265.
22. Bulik C, Tozzi F. The genetics of bulimia nervosa. *Drugs Today (Barc)*. 2004; 40: p. 741-749.
23. Bulik C, Devlin B, Bacanu S, al. e. Significant linkage on chromosome 10p in families with bulimia nervosa. *Am J Hum Genet*. 2003; 72: p. 200-207.
24. Bacanu S, Bulik C, Klump K, al. e. Linkage analysis of anorexia and bulimia nervosa cohorts using selected behavioral phenotypes as quantitative traits or covariates. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2005; 139B: p. 61-68.
25. Wade T, Bulik C, Neale M, Kendler K. Anorexia nervosa and major depression: shared genetic and environmental risk factors. *Am J Psychiatry*. 2000; 157: p. 469-471.
26. Keel P, Klump K, Miller K, McGue M, Iacono W. Shared transmission of eating disorders and anxiety disorders. *Int J Eat Disord*. 2005; 38: p. 99-105.
27. Baker J, Mazzeo S, Kendler K. Association between broadly defined bulimia nervosa and drug use disorders: common

- genetic and environmental influences. *Int J Eat Disord.* 2007; 40: p. 673-678.
28. Keys A, Brozek J, Henschel A. The biology of human starvation. University of Minnesota Press. 1950.
29. González-Jiménez E, Schmidt Río-Valle J. Regulación de la ingesta alimentaria y del balance energético: factores y mecanismos implicados. *Nutrición Hospitalaria.* 2012; 27(6): p. 1850-1859.
30. Berthoud H, Morrison C. The brain, appetite, and obesity. *Ann Rev Psychol.* 2008; 59: p. 55-92.
31. Berridge K. 'Liking' and 'wanting' food rewards: brain substrates and roles in eating disorders. *Physiol Behav.* 2009; 97: p. 537-550.
32. Kaye W. Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiology & behavior.* 2008; 94(1): p. 121-135.
33. Oberndorfer T, Frank G, Simmons A, Wagner A, McCurdy D, Fudge J, et al. Altered insula response to sweet taste processing after recovery from anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry.* 2013; 170(10): p. 1143-1151.
34. Damasio A, Everitt B, Bishop D. The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex [and discussion]. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences.* 1996; 351(1346): p. 1413-1420.
35. Nunn K, Frampton I, Fuglset T, Törzsök-Sonnevend M, Lask B. Anorexia nervosa and the insula. *Medical hypotheses.* 2011; 76(3): p. 353-357.
36. Nunn K, Frampton I, Gordon I, Lask B. The fault is not in her parents but in her insula—a neurobiological hypothesis of anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review.* 2008; 16(5): p. 355-360.

37. Fuglset T, Landrø N, Reas D, Rø Ø. Functional brain alterations in anorexia nervosa: a scoping review. *Journal of Eating Disorders*. 2016; 4(1): p. 32.
38. Van den Eynde F, Treasure J. Neuroimaging in eating disorders and obesity: implications for research. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2009; 18: p. 95-115.
39. Lee M, Shafran R. Information processing biases in eating disorders. *Clin Psychol Rev*. 2004; 24: p. 215-38.
40. Sagardoy R, Morales L, García S, Julián R, Fernández A, Ostolaza G, et al. Elevada sensibilidad a estímulos somatosensoriales en anorexia nerviosa: un estudio preliminar con la escala SASTCA. *Nutrición Hospitalaria*. 2014; 31(3): p. 1413-1422.
41. Harrison A, Sullivan S, Tchanturia K, Treasure J. Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clin Psychol Psychother*. 2009; 16: p. 348-356.
42. Zucker N, Losh M, Bulik C, LaBar K, Piven J, Pelphrey K. Anorexia nervosa and autism spectrum disorders: guided investigation of social cognitive endophenotypes. *Psychol Bull*. 2007; 133: p. 976-1006.
43. Lask B, Gordon I, Christie D, Frampton I, Chowdhury U, Watkins B. Functional neuroimaging in early-onset anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2005; 37(1): p. 49-51.
44. Castro-Fornieles J, Bargallo N, Lazaro L, Andrés S, Falcon C, Plana M, et al. A cross-sectional and follow-up voxel-based morphometric MRI study in adolescent anorexia nervosa. *J Psychiatr Res*. 2009; 43: p. 331-340.
45. Kaye W, Frank G, McConaha C. Altered dopamine activity after recovery from restricting-type anorexia nervosa. *Neuropsychopharmacology*. 1999; 21(4): p. 503-506.
46. Frampton I, Hutchinson A. Eating disorders and the brain. *Eating*

- disorders in childhood and adolescence. 2007;; p. 125-147.
47. Liao P, Uher R, Lawrence N, al e. An examination of decision making in bulimia nervosa. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2009; 31: p. 455–461.
 48. Gordon I, Lask B, Bryant-Waugh R, Christie D, Timimi S. Childhood-onset anorexia nervosa: Towards identifying a biological substrate. *International Journal of Eating Disorders*. 1997; 22(2): p. 159-165.
 49. Lopez C, Tchanturia K, Stahl D, Treasure J. Central coherence in eating disorders: a systematic review. *Psychol Med*. 2008; 38: p. 1393–1404.
 50. Roberts M, Tchanturia K, Stahl D, Southgate L, Treasure J. A systematic review and meta-analysis of set-shifting ability in eating disorders. *Psychological medicine*. 2007; 37(8): p. 1075-1084.
 51. Vaghi M, Vértes P, Kitzbichler M, Apergis-Schoute A, van der Flier F, Fineberg N, et al. Specific frontostriatal circuits for impaired cognitive flexibility and goal-directed planning in obsessive-compulsive disorder: evidence from resting-state functional connectivity. *Biological psychiatry*. 2017; 81(8): p. 708-717.
 52. Nakazato M, Tchanturia K, Schmidt U, al e. Brain-derived neurotrophic factor (BDNF) and set-shifting in currently ill and recovered anorexia nervosa (AN) patients. *Psychol Med*. 2009; 39: p. 1029-1035.
 53. Tchanturia K, Morris R, Anderluh M, Collier D, Nikolaou V, Treasure J. Set shifting in anorexia nervosa: an examination before and after weight gain, in full recovery and relationship to childhood and adult OCPD traits. *Journal of psychiatric research*. 2004; 38(5): p. 545-552.

54. Idini E, Márquez-Medina D, Pifarré J, Buj-Álvarez I, Castán-Campanera E. ¿Son las alteraciones neuropsicológicas de los trastornos de la conducta alimentaria endofenotipos de la enfermedad? Revisión y estado actual del tema. *Revista de Neurología*. 2012; 55(12): p. 729-736.
55. Harrison A, Sullivan S, Tchanturia K, Treasure J. Emotional functioning in eating disorders: attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychological medicine*. 2010; 40(11): p. 1887-1897.
56. Tchanturia K, Harrison A, Davies H, Roberts M, Oldershaw A, Nakazato M, et al. Cognitive flexibility and clinical severity in eating disorders. *Plos one*. 2011; 6(6): p. 20462.
57. Sagardoy R, Solórzano G, Morales C, Kassem M, Codesal R, Blanco A, et al. Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs. adolescentes. Reconocimiento y regulación emocional. *Clínica y Salud*. 2014; 25(1): p. 19-37.
58. Wagner A, Aizenstein H, Venkatraman V, Fudge J, May J, Mazurkewicz L, et al. Altered reward processing in women recovered from anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 2007; 164(12): p. 1842-1849.
59. Shoebridge P, Gowers S. Parental high concern and adolescent-onset anorexia nervosa. A case-control study to investigate direction of causality. *Br J Psychiatry*. 2000; 176: p. 132-137.
60. Favaro A, Tenconi E, Santonastaso P. Perinatal factors and the risk of developing anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63: p. 82-88.
61. Campbell I, Mill J, Uher R, Schmidt U. Eating disorders, gene-environment interactions and epigenetics. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2011; 35(3): p. 784-793.
62. Groesz L, Levine M, Murnen S. The effect of experimental

- presentation of thin media images on body satisfaction: a meta-analytic review. *Int J Eat Disord.* 2002; 31: p. 1–16.
63. Wade T, Gillespie N, Martin N. A comparison of early family life events amongst monozygotic twin women with lifetime anorexia nervosa, bulimia nervosa, or major depression. *Int J Eat Disord.* 2007; 40: p. 679–686.
64. Calvo Sagardoy R. Modelo Terapéutico "La Paz": Modelo de Capacitación Familiar Cognitivo/Emocional basado en Mindfulness para el Tratamiento de los Trastornos de Conducta Alimentaria y Obesidad ; en prensa.
65. Calvo Sagardoy R. Anorexia y bulimia: Guía para padres, educadores y terapeutas: Planeta prácticos vital; 2002.
66. Calvo Sagardoy R, Gallego Morales L, García de Lorenzo y Mateos A. Modelo de capacitación para el tratamiento integral de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria resistentes al cambio. *Nutrición Hospitalaria.* 2012; 27(3): p. 763-770.
67. Wildes J, Marcus M. Development of emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: a case series. *International Journal of Eating Disorders.* 2011; 44(5): p. 421-427.
68. Wilson K, MCL S. Terapia de aceptación y compromiso (ACT): Ediciones Pirámide; 2014.
69. Greenberg L. Emotion-focused therapy: American Psychological Association; 2011.
70. Greenberg L. Emotion–focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy.* 2004; 11(1): p. 3-16.
71. Chapman A. Dialectical Behavior Therapy: Current Indications and Unique Elements. *Psychiatry (Edgmont).* 2006; 3(9): p. 62–68.
72. Bedics JD, Atkins DC, Harned MS, Linehan MM. The therapeutic

alliance as a predictor of outcome in dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy by experts for borderline personality disorder. *Psychotherapy*. 2015 March; 52(1): p. 67-77.

73. Lynch T, Chapman A, Rosenthal M, Kuo J, Linehan M. Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of clinical psychology*. 2006; 62(4): p. 459-480.
74. Kabat-Zinn J. *Wherever you go, there you are: mindfulness meditation in everyday life*: New York: Hyperion; 1994.
75. Biegel G, Brown K, Shapiro S, Schubert C. Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: A randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2009; 77(5): p. 855.
76. Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*. 2010; 68(6): p. 539-544.
77. Lilja J, Lundh L, Josefsson T, Falkenström F. Observing as an essential facet of mindfulness: a comparison of FFMQ patterns in meditating and non-meditating individuals. *Mindfulness*. 2013; 4(3): p. 203-212.
78. Bishop S, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson N, Carmody J, et al. Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2004; 11(3): p. 230–241.
79. Suzette G, Larissa J M, Alfonso A, Hélène Chokron G, Emily H, Mary-Lynn B, et al. Mindfulness-Based Relapse Prevention for Stimulant Dependent Adults: A Pilot Randomized Clinical Trial. *Mindfulness*. 2017 February; 8(1): p. 126-135.
80. Dekeyser M, Raes F, Leijssen M, Leysen S, Dewulf D.

Mindfulness skills and interpersonal behaviour. *Personality and Individual Differences*. 2008; 44(5): p. 1235-1245.

81. Treasure J, Schmidt U. Ready, willing and able to change: Motivational aspects of the assessment and treatment of eating disorders. *European Eating Disorders Review*. 2001; 9(1): p. 4-18.
82. Petracci M, Schwarz P, Sánchez Antelo V, Mendes Diz A. Doctor-patient relationships amid changes in contemporary society: a view from the health communication field. *Health Sociology Review*. 2017; 26(3): p. 266-279.
83. Pulvirenti M, McMillan J, Lawn S. Empowerment, patient centred care and self-management. *Health Expectations*. 2014; 17(3): p. 303-310.
84. Ogrodniczuk J, Joyce A, Piper W. Strategies for reducing patient-initiated premature termination of psychotherapy. *Harvard review of psychiatry*. 2005; 13(2): p. 57-70.
85. Adametz L, Richter F, Strauss B, Walther M, Wick K, Berger U. Long-term effectiveness of a school-based primary prevention program for anorexia nervosa: A 7-to 8-year follow-up. *Eating behaviors*. 2017; 25: p. 42-50.
86. Noyce R, Simpson J. The experience of forming a therapeutic relationship from the client's perspective: a metasynthesis. *Psychotherapy Research*. 2018; 28(2): p. 281-296.
87. Makhzoumi S, Coughlin J, Schreyer C, Redgrave G, Pitts S, Guarda A. Weight gain trajectories in hospital-based treatment of anorexia nervosa.. *International Journal of Eating Disorders*. 2017; 50(3): p. 266-274.
88. Olmsted M, MacDonald D, McFarlane T, Trottier K, Colton P. Predictors of rapid relapse in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2015; 48(3): p. 337-340.

89. Hughes E, Gullone E. Emotion regulation moderates relationships between body image concerns and psychological symptomatology. *Body image*. 2011; 8(3): p. 224-231.
90. Engel S, Boseck J, Crosby R, Wonderlich S, Mitchell J, Smyth J, et al. The relationship of momentary anger and impulsivity to bulimic behavior. *Behaviour research and therapy*. 2007; 45(3): p. 437-447.
91. Zipfel S, Giel K, Bulik C, Hay P, Schmidt U. Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry*. 2015; 2(12): p. 1099-1111.
92. Bernacchi D. Bulimia nervosa: A comprehensive analysis of treatment, policy, and social work ethics. *Social work*. 2017; 62(2): p. 174-180.
93. Green M, Elliman N, Wakeling A, Rogers P. Cognitive functioning, weight change and therapy in anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*. 1996; 30(5): p. 401-410.
94. Stunkard A, Mahoney M. Behavioral treatment of the eating disorders. In Leitenberg H. *Handbook of behavior modification and behavior therapy*.; 1976.
95. Cockell S, Geller J, Linden W. Decisional balance in anorexia nervosa: Capitalizing on ambivalence. *European Eating Disorders Review*. 2003; 11(2): p. 75-89.
96. Couturier J, Kimber M, Szatmari P. Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*. 2013; 46(1): p. 3-11.
97. Shugar G, Krueger S. Aggressive family communication, weight gain, and improved eating attitudes during systemic family therapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 1995; 17(1): p. 23-31.

98. Le Grange D, Robin A. Family-Based Treatment and Behavioral Family Systems Therapy for Adolescent Eating Disorders. In Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents.; 2017. p. 308.
99. MacDonald D, Trottier K, Olmsted M. Rapid improvements in emotion regulation predict intensive treatment outcome for patients with bulimia nervosa and purging disorder. International Journal of Eating Disorders. 2017; 50(10): p. 1152-1161.
100. Lee N, Rush A. Cognitive-behavioral group therapy for bulimia. International Journal of Eating Disorders. 1986; 5(4): p. 599-615.
101. Ozier A, Henry B. Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of eating disorders. Journal of the American Dietetic Association. 2011; 111(8): p. 1236-1241.
102. Corstorphine E. Cognitive–emotional–behavioural therapy for the eating disorders: Working with beliefs about emotions. European Eating Disorders Review. 2006; 14(6): p. 448-461.
103. McManus F, Waller G. A functional analysis of binge-eating. Clinical psychology review. 1995; 15(8): p. 845-863.
104. Soukup V, Beiler M, Terrell F. Stress, coping style, and problem solving ability among eating-disordered inpatients. Journal of Clinical Psychology. 1990; 46(5): p. 592-599.
105. Loro Jr A, Orleans C. Binge eating in obesity: Preliminary findings and guidelines for behavioral analysis and treatment. Addictive Behaviors. 1981; 6(2): p. 155-166.
106. Peláez M, Julián R, Raich R, Durán E. Seguimiento en Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA): Eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual en la prevención de las recaídas. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace.

2002;(62/63): p. 32-42.

107. Calvo Sagardoy R, Gallego Morales L, Solórzano Ostolaza G, Kassem García S, Morales Martínez C, Codesal Julián R, et al. Procesamiento emocional en pacientes con trastornos de conducta alimentaria adultas vs adolescentes: reconocimiento emocional y teoría de la mente. *Nutrición hospitalaria*. 2014; 29(4): p. 941-952.
108. Mehler P. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In *The Oxford Handbook of Eating Disorders*.; 2017. p. 222.
109. Delinsky S, Wilson G. Cognitive behavior therapy with body image exposure for bulimia nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2010; 17(3): p. 270-277.
110. Shafran R, Cooper Z, Fairburn C. Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*. 2002; 40(7): p. 773-791.
111. Cash T. Cognitive-behavioral perspectives on body image. In *Encyclopedia of body image and human appearance*. 2012;; p. 334-342.
112. Tchanturia K, Dapelo M, Harrison A, Hambrook D. Why study positive emotions in the context of eating disorders? *Current psychiatry reports*. 2015; 17(1): p. 537.
113. Arch J, Craske M. Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction. *Behaviour research and therapy*. 2006; 44(12): p. 1849-1858.
114. Gratz K, Weiss N, Tull M. Examining emotion regulation as an outcome, mechanism, or target of psychological treatments. *Current opinion in psychology*. 2015; 3: p. 85-90.
115. Caglar-Nazali H, Corfield F, Cardi V, Ambwani S, Leppanen J, Olabintan O, et al. A systematic review and meta-analysis of

- 'Systems for Social Processes' in eating disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2014; 42: p. 55-92.
116. Mallorquí-Bagué N, Vintró-Alcaraz C, Sánchez I, Riesco N, Agüera Z, Granero R, et al. Emotion Regulation as a Transdiagnostic Feature Among Eating Disorders: Cross-sectional and Longitudinal Approach. *European Eating Disorders Review*. 2018; 26(1): p. 53-61.
117. Raykos B, McEvoy P, Fursland A. Socializing problems and low self-esteem enhance interpersonal models of eating disorders: Evidence from a clinical sample. *International Journal of Eating Disorders*. 2017; 50(9): p. 1075-1083.
118. Aloï M, Rania M, Caroleo M, Bruni A, Palmieri A, Cauteruccio M, et al. Decision making, central coherence and set-shifting: a comparison between Binge Eating Disorder, Anorexia Nervosa and Healthy Controls. *BMC psychiatry*. 2015; 15(1): p. 6.
119. Perpiñá C, Segura M, Sánchez-Reales S. Cognitive flexibility and decision-making in eating disorders and obesity. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2017; 22(3): p. 435-444.
120. Barrios-Hernandez A, Gonzalez-Cuevas G, Graell-Berna M, Fernandez A. A family-based intervention of adolescents with eating disorders: The role of assertiveness. *European Psychiatry*. 2017; 41: p. 553.
121. Corstorphine E, Mountford V, Tomlinson S, Waller G, Meyer C. Distress tolerance in the eating disorders. *Eating behaviors*. 2007; 8(1): p. 91-97.
122. Pierce D. Problem solving therapy: Use and effectiveness in general practice. *Australian family physician*. 2012; 41(9).
123. Rodgers R, McLean S, Paxton S. Longitudinal relationships among internalization of the media ideal, peer social

comparison, and body dissatisfaction: Implications for the tripartite influence model. *Developmental Psychology*. 2015; 51(5): p. 706.

124. Sharpe H, Patalay P, Choo T, Wall M, Mason S, Goldschmidt A, et al. Bidirectional associations between body dissatisfaction and depressive symptoms from adolescence through early adulthood. *Development and psychopathology*. 2017;; p. 1-12.
125. Zucker N, Losh M, Bulik C, LaBar K, Piven J, Pelphrey K. Anorexia nervosa and autism spectrum disorders: guided investigation of social cognitive endophenotypes. *Psychological bulletin*. 2007; 133(6): p. 976.
126. McCabe R. Subjective Units of Distress Scale. In *Phobias: The Psychology of Irrational Fear.*; 2015. p. 361-362.
127. Meichenbaum D. Stress inoculation training: A preventative and treatment approach. In *The Evolution of Cognitive Behavior Therapy.*: Routledge; 2017. p. 117-140.
128. Steinglass J, Albano A, Simpson H, Wang Y, Zou J, Attia E, et al. Confronting fear using exposure and response prevention for anorexia nervosa: A randomized controlled pilot study. *International Journal of Eating Disorders*. 2014; 47(2): p. 174-180.
129. Jansen A, Voorwinde V, Hoebink Y, Rekkers M, Martijn C, Mulken S. Mirror exposure to increase body satisfaction: Should we guide the focus of attention towards positively or negatively evaluated body parts? *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2016; 50: p. 90-96.
130. Kristeller J. Mindfulness, eating disorders, and food intake regulation. In *Handbook of mindfulness and self-regulation*. New York: Springer; 2015. p. 199-215.
131. Ambwani S, Berenson K, Simms L, Li A, Corfield F, Treasure J.

Seeing things differently: An experimental investigation of social cognition and interpersonal behavior in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 4. 2016; 49(5): p. 499-506.

132. Le Grange D, Lock J, Loeb K, Nicholls D. Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 2010; 43(1): p. 1-5.
133. Taylor C, Bryson S, Doyle A, Luce K, Cunniff D, Abascal L, et al. The adverse effect of negative comments about weight and shape from family and siblings on women at high risk for eating disorders. *Pediatrics*. 2006; 118(2): p. 731-738.
134. McCabe M, Ricciardelli L. A prospective study of pressures from parents, peers, and the media on extreme weight change behaviors among adolescent boys and girls. *Behaviour research and therapy*. 2005; 43(5): p. 653-668.
135. Berends T, van de Lagemaat M, van Meijel B, Coenen J, Hoek H, van Elburg A. Relapse prevention in anorexia nervosa: Experiences of patients and parents. 2018..
136. Crow S, Eckert E. Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In *The Medical Basis of Psychiatry*. New York: Springer; 2016. p. 211-228.
137. León-Sanz M, Brosa M, Planas M, García-de-Lorenzo A, Celaya-Pérez S, JA H. PREDyCES study: The cost of hospital malnutrition in Spain. *Nutrition*. 2015; 31(9): p. 1096-1102.
138. Murphy R, Straebl S, Cooper Z, Fairburn C. Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinics*. 2010; 33(3): p. 611-627.
139. Montero I, León O. A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health*

- Psychology. 2007; 7(3): p. 847-862.
140. Rivas T, Bersabé R, Jiménez M, Berrocal C. The eating attitudes test (EAT-26): reliability and validity in Spanish female samples. *The Spanish journal of psychology*. 2010; 13(2): p. 1044-1056.
 141. Orbitello B, Ciano R, Corsaro M, Rocco P, Taboga C, Tonutti L, et al. The EAT-26 as screening instrument for clinical nutrition unit attenders. *International Journal of Obesity*. 2006; 30: p. 977-981.
 142. Clausen L, Rosenvinge J, Friberg O, Rokkedal K. Validating the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3): A Comparison Between 561 Female Eating Disorders Patients and 878 Females from the General Population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2011; 33(1): p. 101-110.
 143. Hervás G, Jódar R. Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*. 2008; 19(2): p. 139-156.
 144. Martínez Sánchez F. Adaptación española de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*. 1996; 7(1): p. 19-32.
 145. Barsky A, Wyshak G, Klerman G. The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of psychiatric research*. 1990; 24(4): p. 323-334.
 146. Martínez M, Belloch A, Botella C. Somatosensory amplification in hypochondriasis and panic disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 1999; 6(1): p. 46-53.
 147. Smolewska K, McCabe S, Woody E. A psychometric evaluation of the Highly Sensitive Person Scale: The components of sensory-processing sensitivity and their relation to the BIS/BAS and "Big Five". *Personality and Individual Differences*. 2006; 40(6): p. 1269-1279.

148. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. World medical association. 2008; 18: p. 20-23.
149. Lock J, Fitzpatrick K, Agras W, Weinbach N, Jo B. Feasibility Study Combining Art Therapy or Cognitive Remediation Therapy with Family-based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*. 2018; 26(1): p. 62-68.
150. Pla C, Toro J. Anorexia nervosa in a Spanish adolescent sample: an 8-year longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1999; 100(6): p. 441-446.
151. Fichter M, Quadflieg N, Hedlund S. Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2006; 39(2): p. 87-100.
152. Fairburn C, Jones R, Peveler R, Hope R, O'connor M. Psychotherapy and bulimia nervosa: Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*. 1993; 50(6): p. 419-428.
153. Pike K, Walsh B, Vitousek K, Wilson G, Bauer J. Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 2003; 160(11): p. 2046-2049.
154. Fairburn C, Bailey-Straebl S, Basden S, Doll H, Jones R, Murphy R, et al. A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour research and therapy*. 2015; 70: p. 64-71.
155. Danielsen Y, Rekkedal G, Frostad S, Kessler U. Effectiveness of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) in the treatment of anorexia nervosa: a prospective multidisciplinary study. *BMC*

psychiatry. 2016; 16(1): p. 342.

156. Byrne S, Fursland A, Allen K, Watson H. The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy for eating disorders: an open trial. *Behaviour Research and Therapy*. 2011; 49(4): p. 219-226.
157. Speranza M, Loas G, Wallier J, Corcos M. Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: A 3-year prospective study. *Journal of psychosomatic research*. 2007; 63(4): p. 365-371.
158. de Jong M, Korrelboom K, van der Meer I, Deen M, Hoek H, Spinhoven P. Effectiveness of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2016; 17(1): p. 573.
159. Belon K, McLaughlin E, Smith J, Bryan A, Witkiewitz K, Lash D, et al. Testing the measurement invariance of the eating disorder inventory in nonclinical samples of Hispanic and Caucasian women. *International Journal of Eating Disorders*. 2015; 48(3): p. 262-270.
160. Tylka T, Russell H, Neal A. Self-compassion as a moderator of thinness-related pressures' associations with thin-ideal internalization and disordered eating. *Eating behaviors*. 2015; 17: p. 23-26.
161. Wildes J, Ringham R, Marcus M. Emotion avoidance in patients with anorexia nervosa: Initial test of a functional model. *International Journal of Eating Disorders*. 2010; 43(5): p. 398-404.
162. Whiteside U, Chen E, Neighbors C, Hunter D, Lo T, Larimer M. Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? *Eating behaviors*. 2007; 8(2): p. 162-169.

163. Taylor G, Parker J, Bagby R, Bourke M. Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of Psychosomatic research*. 1996; 41(6): p. 561-568.
164. Corcos M, Guilbaud O, Speranza M, Paterniti S, Loas G, Stephan P, et al. Alexithymia and depression in eating disorders. *Psychiatry Research*. 2000; 9(3): p. 263-266.
165. Zonnevijlle-Bendek M, Van Goozen S, Cohen-Kettenis P, Van Elburg A, Van Engeland H. Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning? *European child & adolescent psychiatry*. 2002; 11(1): p. 38-42.
166. Crow S. Eating disorders in young adults. In *Young adult mental health*.; 2010. p. 397-405.
167. Verheul R, Van Den Bosch L, Koeter M, De Ridder M, Stijnen T, Van Den Brink W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *The British Journal of Psychiatry*. 2003; 182(2): p. 135-140.
168. Leme A, Thompson D, Dunker K, Nicklas T, Philippi S, Lopez T, et al. Obesity and eating disorders in integrative prevention programmes for adolescents: protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*. 2018; 8(4): p. e020381.
169. Ben-Tovim D, Walker K, Gilchrist P, Freeman R, Kalucy R, Esterman A. Outcome in patients with eating disorders: a 5-year study. *The Lancet*. 2001; 357(9264): p. 1254-1257.

10. FIGURAS

Figura 1. Conexión ínsula y regiones cerebrales.....	31
Figura 2. Pautas alimentarias para recuperar estado de salud en pacientes TCA (65).	67
Figura 3. Control estimular y conductas alternativas para reducir/eliminar los atracones (65).	71
Figura 4. Aceptar el atracón y espaciar la comida como estrategia de enfrentamiento para reducir/eliminar los atracones (65).	73
Figura 5. Ejemplos de voz negativa y positiva (65).	78
Figura 6. Ejemplos de situaciones temidas puntuadas en una escala del 0 al 100 (126).	94
Figura 7. Evolución de las variables emocionales y alta sensibilidad.	128
Figura 8. Evolución de las variables propias de la sintomatología TCA.	131

11. TABLAS

Tabla 1. Criterios diagnósticos de Anorexia Nerviosa. Comparación DSM-IV-TR y DSM-V.	23
Tabla 2. Criterios diagnósticos de Bulimia Nerviosa. Comparación DSM-IV-TR y DSM-V.	24
Tabla 3. Características de la muestra. Variables Sociodemográficas.	117
Tabla 4. Características de la muestra. Continuación Variables Sociodemográficas.....	117
Tabla 5. Características de la muestra. Variables Clínicas.....	118
Tabla 6. Características de la muestra. Continuación Variables Clínicas.	119
Tabla 7. Características de la muestra. Variables TCA.....	122
Tabla 8. Características de la muestra. Variables emocionales y alta sensibilidad.....	124
Tabla 9. Comparación inicio del tratamiento y seguimiento. Variables emocionales.....	127
Tabla 10. Comparación inicio del tratamiento y seguimiento. Variables TCA.	129

12. ANEXOS

Anexo 1. Hoja de información al paciente.

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

Título: Seguimiento de la eficacia del Modelo “La Paz” de Capacitación Familiar Cognitivo/Emocional para el Tratamiento de la Conducta Alimentaria y Obesidad en pacientes adolescentes y adultas con diagnóstico de Anorexia Nerviosa”

Investigador Principal: Dr. Abelardo García de Lorenzo y Mateos

Promotor del estudio: M^a Victoria Paz Domingo

Versión 2 de fecha 11/10/2016.

Introducción

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio en el que se le invita a participar. Nuestra intención es que reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Nosotros le aclararemos las dudas que puedan surgir en cualquier momento. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

Participación voluntaria

Debe saber que su participación es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

Descripción general del estudio

El estudio consiste en la administración de un conjunto de cuestionarios en formato papel, alrededor de 40 minutos y una única vez, que tienen como objetivo encontrar si hay diferencias en su estado físico y psicológico con respecto al que presentaba en el ingreso, tras haber sido intervenido con el Modelo La Paz de Capacitación. Si acaba de empezar el tratamiento, le haremos una evaluación inicial siguiendo nuestra práctica clínica habitual y al cabo de un año aproximadamente una evaluación de seguimiento.

Confidencialidad

El acceso a su información personal quedará restringido al médico del estudio/colaboradores, Autoridades Sanitarias, al Comité Ético de Investigación Clínica, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal que le confiere los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos.

En la comunicación y la cesión de sus datos se garantiza la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país.

A partir de dichos datos se podrán elaborar comunicaciones científicas para ser presentadas a congresos o revistas científicas siempre manteniendo en todo momento la confidencialidad de sus datos de carácter personal.

Beneficios y riesgos derivados de su participación en el estudio

Es posible que su participación no le aporte ningún beneficio directo pero esperamos que con los datos obtenidos podamos mejorar el tratamiento de futuros pacientes. Su participación no comporta ningún riesgo para su salud ya que el estudio solo consiste en que le administramos una serie de cuestionarios.

Compensación económica

Su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto ni tiene compensación económica alguna.

Contacto

Si tuviera alguna pregunta en el futuro sobre la revelación o el uso que se pudiera hacer de sus datos médicos, si tuviera dudas, preocupaciones o quejas sobre el estudio o su participación en él, deberá contactar con:

- Dña. M^a Victoria Paz Domingo en el teléfono 620780177

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento

Yo (nombre y apellido)

He leído la hoja de información que se me ha entregado y he podido hacer preguntas y recibido suficiente información sobre el estudio. Además comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas anteriormente.

Firma:

Firma:

Investigador: _____

Paciente _____

Fecha: _____

Anexo 2. Hoja de información al menor maduro.

HOJA DE INFORMACIÓN AL MENOR MADURO

Título: Seguimiento de la eficacia del Modelo “La Paz” de Capacitación Familiar Cognitivo/Emocional para el Tratamiento de la Conducta Alimentaria y Obesidad en pacientes adolescentes y adultas con diagnóstico de Anorexia Nerviosa”

Investigador Principal: Dr. Abelardo García de Lorenzo y Mateos

Promotor del estudio: M^a Victoria Paz Domingo

Versión 2 de fecha 11/10/2016.

Introducción

Nos dirigimos a ti para informarte sobre un estudio en el que se te invita a participar. Nuestra intención es que recibas la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quieres o no participar en este estudio. Nosotros te aclararemos las dudas que puedan surgirte en cualquier momento. Además, puedes consultar con las personas que consideres oportuno.

Participación voluntaria

Debes saber que tu participación es voluntaria y que puedes decidir no participar o cambiar tu decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con tu médico ni se produzca perjuicio alguno en tu tratamiento.

Descripción general del estudio

El estudio consiste en la administración de un conjunto de cuestionarios en formato papel, alrededor de 40 minutos y una única vez, que tienen como objetivo encontrar si hay diferencias en su estado físico y psicológico con respecto al que presentaba en el ingreso, tras haber sido intervenido con el Modelo La Paz de Capacitación. Si acabas de empezar el tratamiento te haremos una evaluación inicial siguiendo nuestra práctica clínica habitual y al cabo de un año una evaluación de seguimiento.

Confidencialidad

El acceso a tu información personal quedará restringido al médico del estudio/colaboradores, Autoridades Sanitarias, al Comité Ético de Investigación Clínica, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal que le confiere los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de tus datos.

En la comunicación y la cesión de tus datos se garantiza la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país.

A partir de dichos datos se podrán elaborar comunicaciones científicas para ser presentadas a congresos o revistas científicas siempre manteniendo en todo momento la confidencialidad de tus datos de carácter personal.

Beneficios y riesgos derivados de su participación en el estudio

Es posible que tu participación no te aporte ningún beneficio directo pero esperamos que con los datos obtenidos podamos mejorar el tratamiento de futuros pacientes. Tu participación no comporta ningún riesgo para tu salud ya que el estudio solo consiste en que te administramos una serie de cuestionarios.

Compensación económica

Tu participación en el estudio no te supondrá ningún gasto ni tiene compensación económica alguna.

Contacto

Si tuvieras alguna pregunta en el futuro sobre la revelación o el uso que se pudiera hacer de tus datos médicos, si tuvieras dudas, preocupaciones o quejas sobre el estudio o tu participación en él, deberás contactar con:

- Dña. M^a Victoria Paz Domingo en el teléfono 620780177

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento

Yo (nombre y apellido)

He leído la hoja de información que se me ha entregado y he podido hacer preguntas y recibido suficiente información sobre el estudio. Además comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas anteriormente.

Firma:

Firma:

Investigador: _____

Paciente _____

Fecha: _____

Anexo 3. Hoja de información a los padres/tutores.

HOJA DE INFORMACIÓN A PADRES/TUTORES

Título: Seguimiento de la eficacia del Modelo “La Paz” de Capacitación Familiar Cognitivo/Emocional para el Tratamiento de la Conducta Alimentaria y Obesidad en pacientes adolescentes y adultas con diagnóstico de Anorexia Nerviosa”

Investigador Principal: Dr. Abelardo García de Lorenzo y Mateos

Promotor del estudio: M^a Victoria Paz Domingo

Versión 2 de fecha 11/10/2016.

Introducción

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio en el que se invita a su hijo a participar. Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no que su hijo participe en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

Participación voluntaria

Debe saber que la participación de su hijo/a en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar en él, sin que ello tenga ninguna influencia en la relación con su médico o el tratamiento que su hijo/a debe recibir y sin dar ningún tipo de explicación.

Descripción general del estudio

El estudio consiste en la administración de un conjunto de cuestionarios en formato papel, alrededor de 40 minutos y una única vez, que tienen como objetivo encontrar si hay diferencias en el estado físico y psicológico de su hijo/a con respecto al que presentaba en el ingreso, tras haber sido intervenido con el Modelo La Paz de Capacitación. Si su hijo acaba de empezar el tratamiento, le haremos una evaluación inicial siguiendo nuestra práctica clínica habitual y al cabo de un año aproximadamente una evaluación de seguimiento. Le informamos que al tratarse de la participación de su hijo, que tiene más de 12 años, se le va a entregar a él mismo una hoja de información y consentimiento informado adaptados a su capacidad de entendimiento y deberá firmarlos.

Confidencialidad

El acceso a la información personal de su hijo/a quedará restringido al médico del estudio/colaboradores, Autoridades Sanitarias, al Comité Ético de Investigación Clínica, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de

diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal que le confiere los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos de su hijo/a.

En la comunicación y la cesión de los datos de su hijo/a se garantiza la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país.

A partir de dichos datos se podrán elaborar comunicaciones científicas para ser presentadas a congresos o revistas científicas siempre manteniendo en todo momento la confidencialidad de los datos de carácter personal.

Beneficios y riesgos derivados de su participación en el estudio

Es posible que la participación de su hijo no le aporte ni a él/ella ni a Ud. ningún beneficio directo pero esperamos que con los datos obtenidos podamos mejorar el tratamiento de futuros pacientes. La participación de su hijo/a no comporta ningún riesgo para su salud ya que el estudio solo consiste en que le administramos una serie de cuestionarios.

Compensación económica

La participación de su hijo/a en el estudio no le supondrá ningún gasto ni tiene compensación económica alguna.

Contacto

Si tuviera alguna pregunta en el futuro sobre la revelación o el uso que se pudiera hacer de los datos médicos de su hijo/a, si tuviera dudas, preocupaciones o quejas sobre el estudio o la participación de su hijo/a en él, deberá contactar con:

- Dña. M^a Victoria Paz Domingo en el teléfono 620780177

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento

Yo (nombre y apellido)

He leído la hoja de información que se me ha entregado y he podido hacer preguntas y recibido suficiente información sobre el estudio. Además comprendo que mi hijo/a puede retirarse del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para que mi hijo/a participe en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de sus datos en las condiciones detalladas anteriormente.

Firma:

Firma:

Investigador: _____

Padre/madre/tutor _____

Fecha: _____

Anexo 4. Cuaderno de recogida de datos sociodemográficos y clínicos

Nombre:

Edad:

Diagnóstico:

Años de evolución:

Nº de ttos previos:

Nº de ingresos:

Peso máx.:

Peso mín.:

Peso actual:

Altura:

IMC:

Tentativas de suicidio:

Autolesiones:

Comorbilidad: TP, abuso alcohol, abuso otras sustancias, TOC, Afectivos.

Ingesta restrictiva.

Atracones.

Líquidos: restricción /abuso.

Vómitos.

Laxantes/diuréticos.

Ejercicio excesivo.

Acoso escolar

Situación laboral: Activa, baja, incapacidad.

Cuestionarios:

DERS

TAS

SSAS

SASTCA

S/EMOCIONAL

HSP

Anexo 5. Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS).

DERS

Por favor indique con qué frecuencia se le pueden aplicar a usted las siguientes afirmaciones rodeando con un círculo el número correspondiente según la escala que aparece a continuación:

1	CASI NUNCA
2	POCAS VECES
3	UNAS VECES SÍ, OTRAS VECES NO
4	MUCHAS VECES
5	CASI SIEMPRE

1.	Percibo con claridad mis sentimientos	1	2	3	4	5
2.	Presto atención a cómo me siento	1	2	3	4	5
3.	Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control	1	2	3	4	5
4.	No tengo ni idea de cómo me siento	1	2	3	4	5
5.	Tengo dificultades para comprender mis sentimientos	1	2	3	4	5
6.	Estoy atento a mis sentimiento	1	2	3	4	5
7.	Sé exactamente cómo me estoy sintiendo	1	2	3	4	5
8.	Estoy confuso/a sobre lo que siento	1	2	3	4	5
9.	Cuando me siento mal, reconozco mis emociones.	1	2	3	4	5
10.	Cuando me siento mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
11.	Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
12.	Cuando me siento mal, tengo dificultades para sacar el trabajo adelante.	1	2	3	4	5
13.	Cuando me siento mal, pierdo el control	1	2	3	4	5
14.	Cuando me siento mal, creo que estaré así durante mucho tiempo.	1	2	3	4	5
15.	Cuando me encuentro mal, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.	1	2	3	4	5
16.	Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas.	1	2	3	4	5
17.	Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control.	1	2	3	4	5
18.	Cuando me siento mal, me siento avergonzado por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
19.	Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera una persona débil.	1	2	3	4	5
20.	Cuando me siento mal, me siento culpable por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
21.	Cuando me siento mal, tengo dificultades para concentrarme.	1	2	3	4	5
22.	Cuando me siento mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento.	1	2	3	4	5
23.	Cuando me siento mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
24.	Cuando me siento mal, empieza a sentirme muy mal conmigo mismo.	1	2	3	4	5

25. Cuando me siento mal, creo que regodearme en ello es todo lo que puedo hacer	1	2	3	4	5
26. Cuando me siento mal, pierdo el control sobre mi comportamiento.	1	2	3	4	5
27. Cuando me siento mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.	1	2	3	4	5
28. Cuando me encuentro mal, mis emociones parecen desbordarse.	1	2	3	4	5

Anexo 6. Escala Sensoemocional en Trastornos de conducta alimentaria (ESEM).

Escala SensoEmocional en Trastornos de conducta alimentaria (ESEM) (Rosa Calvo Sagardoy, 2012)

Por favor, valore de 0 a 3 el sentimiento de gordura que le producen las siguientes afirmaciones

ME SIENTO GORDA CUANDO...	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuentemente (2)	Casi siempre (3)
1. Me equivoco				
2. Estoy parada/o o me siento vaga/o				
3. Me siento incapaz de solucionar un problema				
4. Alguien me mira				
5. Estoy indecisa/o				
6. Discuto o me enfado con alguien				
7. Me encuentro decepcionada/o				
8. Las cosas no salen como me gustaría				
9. Me encuentro indecisa o tengo dudas				
10. Me siento sola/o				
11. Estoy contenta o disfrutado mucho				
12. Los demás no me entienden				
13. Me siento torpe o inútil				
14. Me siento triste o aburrida				
15. Miento				
16. Siento atracción por otra persona o deseo sexual				
17. Me siento incomprendida o fracasada				
18. Tengo miedo de que algo malo vaya a ocurrir				
19. Me siento sometida o pienso que me están imponiendo algo				
20. Siento envidia				
21. No me siento integrada/o				
22. Hago algo que me apetece mucho (Ej.: ocio) pero no es "productivo"				
23. Siento estrés por los problemas				
24. Tengo sentimientos de arrepentimiento				
25. Pienso en el futuro				
26. No hago lo que la gente espera de mí				

Fecha de cumplimentación: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Gracias por su colaboración

Anexo 7. Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20).

ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO.

Señale el grado en que estas características se ajustan a su modo de ser habitual. Conteste lo más sinceramente posible, según los siguientes criterios:

A: Muy en desacuerdo B: En desacuerdo C: Ligeramente en desacuerdo
D: Ligeramente de acuerdo E: De acuerdo F: Muy de acuerdo

	A	B	C	D	E	F
1. A menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Prefiero analizar los problemas mejor que sólo describirlos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enfadado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Prefiero dejar que las cosas sucedan solas, mejor que preguntarme por qué suceden de ese modo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Tengo sentimientos que casi no puede identificar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Estar en contacto con las emociones es esencial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

12. La gente me dice que exprese más mis sentimientos.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

13. No sé qué pasa dentro de mí.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

14. A menudo no sé por qué estoy enfadado.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

15. Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

16. Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que dramas psicológicos.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

17. Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

18. Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

19. Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

20. Buscar significados ocultos a películas o juegos disminuye el placer de disfrutarlos.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Calcular

Anexo 8. Escala Highly Sensitive Person (HSP).

Cuestionario HSP, Higly Sensitive Person

Este cuestionario es totalmente anónimo y confidencial. Conteste de acuerdo a lo que sienta, en una escala de intensidad 1 2 3 4 5 6 7, donde 1 significa "No me ocurre" y 7 significa "me ocurre de forma muy extrema"

- 1.- Me sobresalto fácilmente con estímulos sensoriales fuertes
- 2.- Soy consciente de los cambios sutiles en mi entorno
- 3.- Me afecta mucho el estado de ánimo de otras personas
- 4.- Tiendo a ser muy sensible al dolor
- 5.- En días atareados, necesito retiraste, ir a la cama o estar en un cuarto oscuro o algún lugar donde pueda tener intimidad y aliviarse de tanta estimulación
- 6.- Soy especialmente sensible a la cafeína
- 7.- Me siento fácilmente sobrepasado por luces brillantes, olores fuertes, tejidos ásperos o ruidos de sirena, etc.
- 8.- Tengo una vida interior rica y compleja
- 9.- Me incomodan los ruidos fuertes
- 10.- Me siento profundamente conmovido por el arte o la música
- 11.- A veces siento que mi sistema nervioso está tan exhausto que voy a desquiciarme
- 12.- Soy meticuloso, escrupuloso
- 13.- Me sobresalto con facilidad
- 14.- Me "agobio" cuando tengo muchas cosas que hacer en un periodo corto de tiempo
- 15.- Cuando la gente se siente incomoda en el espacio físico en el que se encuentran, trato de conseguir que estén más cómodos (por ejemplo cambiando la luz o el lugar donde están sentados)
- 16.- Me preocupa mucho cuando la gente me pide que haga muchas cosas a la vez
- 17.- Trato de evitar cometer errores u olvidar cosas

Este cuestionario es totalmente anónimo y confidencial. Conteste de acuerdo a lo que sienta, en una escala de intensidad 1 2 3 4 5 6 7, donde 1 significa "No me ocurre" y 7 significa "me ocurre de forma muy extrema"

- 18.- Considero muy importante evitar ver películas y programas de TV violentos
- 19.- Me siento incomodo cuando suceden muchas cosas a mi alrededor
- 20.- Sentir mucha hambre afecta mi capacidad de concentración o mi estado de ánimo
- 21.- Los cambios en mi vida me alteran mucho
- 22.- Percibo y me gustan los perfumes, sabores, sonidos u obras de arte delicadas
- 23.- Considero muy molesto tener que hacer muchas cosas a la vez
- 24.- Considero muy prioritario programar mi vida y así, evitar situaciones que me abrumen
- 25.- Me afectan excesivamente los estímulos intensos, como ruidos muy altos o escenas caóticas
- 26.- Cuando tengo que participar en una competición o me observan mientras realizo una actividad, me pongo tan nervioso que la hago mucho peor de lo que podría hacerla
- 27.- Cuando era niño/a, mis padres o profesores me consideraban muy sensible o tímido/a

Anexo 9. Escala de Amplificación Somatosensorial para Trastornos de la Conducta Alimentaria (SASTCA).

SASTCA

Autora: CALVO SAGARDOY, Rosa.
2011

ESCALA DE AMPLIFICACIÓN SOMATOSENSORIAL EN TCA

(SASTCA)

NOMBRE:FECHA:.....

Escala de valoración				
Nunca	Raramente	Alguna vez	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5

Ante las situaciones que se le presentan a continuación, marque con una "X", el número que mejor defina como se siente siguiendo la escala de valoración:

1	Ante el contacto físico siento incomodidad				
1	2	3	4	5	

2	Cuando me suenan "las tripas" siento alivio				
1	2	3	4	5	

3	Con el calor me siento hinchada/o				
1	2	3	4	5	

4	Tengo la sensación de que mis muslos y tripa fueran a estallar				
1	2	3	4	5	

5	Percibo rápidamente si mis huesos (clavícula, caderas) sobresalen				
1	2	3	4	5	

6	Fácilmente tengo arañazos y rojeces en la piel				
1	2	3	4	5	

7	Soy muy sensible a los ruidos fuertes o chillidos				
1	2	3	4	5	

8	No soporto los olores de la comida (fritos, carne, etc)				
1	2	3	4	5	

9	Siento ahogo cuando la ropa me roza o aprieta				
1	2	3	4	5	

Prohibida la reproducción total o parcial de este cuestionario

10	No puedo permanecer en ambientes cargados (humo, perfumes fuertes, etc)				
	1	2	3	4	5

11	La sensación de frío me resulta insoportable				
	1	2	3	4	5

12	Soy muy sensible al sol				
	1	2	3	4	5

13	Cuando estoy tensa, noto mi cuerpo rodeado de una capa de grasa				
	1	2	3	4	5

14	Tengo poca tolerancia al dolor				
	1	2	3	4	5

15	La sensación producida por los alimentos gelatinosos me impiden comerlos				
	1	2	3	4	5

16	Cuando algo me roza (reloj, pulsera, silla, etc.) me siento gorda				
	1	2	3	4	5

17	Siento mi estómago lleno con una cantidad muy pequeña de comida				
	1	2	3	4	5

18	Habitualmente, me suelen salir muchos moratones				
	1	2	3	4	5

Gracias por su colaboración

La utilización de este cuestionario tiene fines terapéuticos y/o científicos, siendo responsabilidad del profesional que haga uso del cuestionario el cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal. La persona cuyos datos figuran en el encabezamiento puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, comunicándose al profesional que le administró el cuestionario.

Prohibida la reproducción total o parcial de este cuestionario

Anexo 10. Escala de Amplificación Somatosensorial (SSAS)

ESCALA DE AMPLIFICACIÓN SOMATOSENSORIAL (SSAS)

(Barsky, Wyshak y Klerman, 1990).)

NOMBRE: FECHA:

Ante las situaciones que se le presentan a continuación, marque con una "X", el número que mejor defina como se siente siguiendo la escala de valoración:

Escala de valoración				
Nunca 1	Raramente 2	Alguna vez 3	Casi siempre 4	Siempre 5
1	El hecho de que alguien tosa, hace que yo también tosa.			
1	2	3	4	5
2	No puedo soportar el tabaco, humo o los factores contaminantes del ambiente.			
1	2	3	4	5
3	A menudo soy consciente de diversas cosas que ocurren en mi cuerpo			
1	2	3	4	5
4	Cuando me hago alguna magulladura, ésta permanece perceptible durante mucho tiempo.			
1	2	3	4	5
5	Los ruidos fuertes y repentinos realmente me molestan.			
1	2	3	4	5
6	Algunas veces puedo oír mi pulso o los latidos de mi corazón palpitando en mi oído.			
1	2	3	4	5
7	Odio tener demasiado calor o demasiado frío			
1	2	3	4	5
8	Enseguida siento las contracciones de hambre en mi estómago.			
1	2	3	4	5
9	Hasta algo sin importancia, como una picadura de un insecto o pincharme con una astilla, realmente me molesta.			
1	2	3	4	5
10	Tengo escasa tolerancia al dolor.			
1	2	3	4	5

Gracias por su colaboración

La utilización de este cuestionario tiene fines terapéuticos y/o científicos, siendo responsabilidad del profesional que haga uso del cuestionario el cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal. La persona cuyos datos figuran en el encabezamiento puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, comunicándose al profesional que le administró el cuestionario.

Prohibida la reproducción total o parcial de este cuestionario

Anexo 11. Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-3).



Hoja de respuestas

Peso	Estatura
(en kilos)	(en metros)

Anota tu nombre y la fecha en los espacios correspondientes que aparecen más abajo. Después anota tu peso (en kilos) y estatura (en metros) actuales en el recuadro que aparece en la parte superior. Si no conoces con exactitud tu peso o tu estatura actuales anota los valores aproximados. Por último, lee con atención las instrucciones que aparecen en la portada del cuadernillo que se te ha entregado y contesta a todas las preguntas. Recuerda que todas las respuestas las tienes que anotar en esta hoja. No debes escribir nada en el cuadernillo, solo debes escribir en esta hoja. Fíjate bien en el número de pregunta que estás respondiendo para asegurarte de que anotas tu respuesta en el lugar adecuado.

Nombre: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

NUNCA	POCAS VECES	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
0	1	2	3	4	5

1	0 1 2 3 4 5	19	0 1 2 3 4 5	37	0 1 2 3 4 5	55	0 1 2 3 4 5	73	0 1 2 3 4 5
2	0 1 2 3 4 5	20	0 1 2 3 4 5	38	0 1 2 3 4 5	56	0 1 2 3 4 5	74	0 1 2 3 4 5
3	0 1 2 3 4 5	21	0 1 2 3 4 5	39	0 1 2 3 4 5	57	0 1 2 3 4 5	75	0 1 2 3 4 5
4	0 1 2 3 4 5	22	0 1 2 3 4 5	40	0 1 2 3 4 5	58	0 1 2 3 4 5	76	0 1 2 3 4 5
5	0 1 2 3 4 5	23	0 1 2 3 4 5	41	0 1 2 3 4 5	59	0 1 2 3 4 5	77	0 1 2 3 4 5
6	0 1 2 3 4 5	24	0 1 2 3 4 5	42	0 1 2 3 4 5	60	0 1 2 3 4 5	78	0 1 2 3 4 5
7	0 1 2 3 4 5	25	0 1 2 3 4 5	43	0 1 2 3 4 5	61	0 1 2 3 4 5	79	0 1 2 3 4 5
8	0 1 2 3 4 5	26	0 1 2 3 4 5	44	0 1 2 3 4 5	62	0 1 2 3 4 5	80	0 1 2 3 4 5
9	0 1 2 3 4 5	27	0 1 2 3 4 5	45	0 1 2 3 4 5	63	0 1 2 3 4 5	81	0 1 2 3 4 5
10	0 1 2 3 4 5	28	0 1 2 3 4 5	46	0 1 2 3 4 5	64	0 1 2 3 4 5	82	0 1 2 3 4 5
11	0 1 2 3 4 5	29	0 1 2 3 4 5	47	0 1 2 3 4 5	65	0 1 2 3 4 5	83	0 1 2 3 4 5
12	0 1 2 3 4 5	30	0 1 2 3 4 5	48	0 1 2 3 4 5	66	0 1 2 3 4 5	84	0 1 2 3 4 5
13	0 1 2 3 4 5	31	0 1 2 3 4 5	49	0 1 2 3 4 5	67	0 1 2 3 4 5	85	0 1 2 3 4 5
14	0 1 2 3 4 5	32	0 1 2 3 4 5	50	0 1 2 3 4 5	68	0 1 2 3 4 5	86	0 1 2 3 4 5
15	0 1 2 3 4 5	33	0 1 2 3 4 5	51	0 1 2 3 4 5	69	0 1 2 3 4 5	87	0 1 2 3 4 5
16	0 1 2 3 4 5	34	0 1 2 3 4 5	52	0 1 2 3 4 5	70	0 1 2 3 4 5	88	0 1 2 3 4 5
17	0 1 2 3 4 5	35	0 1 2 3 4 5	53	0 1 2 3 4 5	71	0 1 2 3 4 5	89	0 1 2 3 4 5
18	0 1 2 3 4 5	36	0 1 2 3 4 5	54	0 1 2 3 4 5	72	0 1 2 3 4 5	90	0 1 2 3 4 5
								91	0 1 2 3 4 5



Autor: D. M. Garner. Copyright original © 2004 by PAR, Psychological Assessment Resources, Inc, USA.

Copyright de la adaptación española © 2010 by TEA Ediciones, S.A.U., Madrid, España.

Edita: TEA Ediciones, S.A.U.; Fray Bernardino Sahagún, 24 - 28036 Madrid, España - Este ejemplar está impreso en **DOS TINTAS**. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, **NO LA UTILICE** - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.

Anexo 12. Cuestionario de actitudes hacia la alimentación (EAT-26).

MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA

TABLA 2
Eating attitudes test (EAT-26)

	Siempre	Muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						

TABLA 3

Pregunta	Si	No
1. ¿Te provocas el vómito porque te sientes incómodamente llena/o?		
2. ¿Te preocupas por haber perdido el control sobre la comida?		
3. ¿Has perdido recientemente más de 6 kg en 3 meses?		
4. ¿Te consideras "gorda/o" y los demás te dicen que estás delgada/o?		
5. ¿Crees que la comida domina tu vida?		